

TRENDING NOW



Diana Cebrián y Silvia Redín (Flash Go Fotografía): «Nuestros clientes destacan la frescura y emociones reales que pasan en el momento de la fotografía»



Actualidad

de las **empresas aragonesas**

☰ Menu

INICIO

EMPRESAS, ECONOMÍA Y ACTUALIDAD

SOCIEDAD ▾

ENTIDADES SOCIALES

OPINIÓN ▾

ENTREVISTAS

LA REVISTA EN PAPEL

QUIÉNES SOMOS Y QUÉ HACEMOS

CONTACTO

SUSCRÍBETE

CIENCIA Y SALUD

EMPRESAS, ECONOMÍA Y ACTUALIDAD

SOCIEDAD

El IIS arranca el proyecto europeo STROKE-POC

🕒 17 De Abril De 2023 👁 17 💬 No Comment





El proyecto analiza la punción seca como alternativa a la infiltración de toxina botulínica para tratar la espasticidad en pacientes con ictus

El grupo iHealthy, del IIS, lidera este estudio, que recibirá una financiación de 755.000 euros para el periodo 2023-2025

El proyecto europeo STROKE-POC, liderado por el grupo iHealthy del Instituto de Investigación Sanitaria Aragón (IIS Aragón), ha celebrado este fin de semana su reunión de lanzamiento en Zaragoza, en la que han participado sus socios internacionales de Canadá y Bélgica. El estudio, que recibirá una financiación de 755.000 euros para el periodo 2023-2025, busca investigar los mecanismos de acción y efectividad de la punción seca para el tratamiento de la espasticidad en pacientes que han sufrido un ictus, comparándolo con la alternativa farmacológica actual, la toxina botulínica.

^

El proyecto está liderado por el doctor Pablo Herrero, investigador

principal del Grupo iHealthy del IIS Aragón, y se desarrolla en coordinación con investigadores de Canadá, dirigidos por Mindy Levin (McGill University), y de Bélgica, liderados por Wim Saeys (Universidad de Amberes). STROKE-POC pretende profundizar en el conocimiento de los mecanismos de acción de ambos tratamientos y de los efectos que tienen tanto sobre el sistema nervioso central como sobre el músculo, analizando posibles efectos adversos y el coste-efectividad de cada tratamiento. “La toxina botulínica actualmente es la primera opción para el tratamiento de la espasticidad post-ictus, por lo que el objetivo es hacer un estudio comparativo con la punción seca y analizar si es igual de efectiva, pero con menores efectos adversos y menores costes”, argumenta Herrero, también profesor del Grado de Fisioterapia en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza.

Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), cada año entre 110.000 y 120.000 personas sufren un ictus en España, de los que la mitad queda con secuelas discapacitantes o fallecen. Actualmente, más de 330.000 españoles presentan alguna limitación en su capacidad funcional por haber sufrido este accidente cerebrovascular. “Una de las secuelas más importantes es la espasticidad, lo cual limita el movimiento y conlleva un mayor o menor grado de discapacidad, en función de la severidad de la espasticidad. Se trata de un trastorno motor que ocurre como consecuencia de una lesión en el sistema nervioso central y que, por tanto, es común a muchas patologías neurológicas como el ictus, la esclerosis múltiple o la parálisis cerebral infantil, entre

^

otras”, explica Herrero. “La espasticidad se caracteriza por un aumento de la actividad muscular, pudiendo generar dificultades o, incluso, una imposibilidad para realizar movimientos, afectando por tanto a cualquier actividad de la vida diaria como la marcha o coger un objeto donde se precisa la contracción muscular”, añade.

El grupo de investigación iHealthy del IIS Aragón desarrolla su actividad investigadora en el área de Fisioterapia con un enfoque interdisciplinar gracias a la participación de investigadores de diferentes áreas. Sus principales líneas de investigación son la fisioterapia invasiva, la telerrehabilitación o el uso de tecnologías que permiten realizar una “fisioterapia personalizada”.

Además de los investigadores y participantes en STROKE-POC, al acto oficial de inicio del proyecto también asistieron el director científico del IIS Aragón, Ángel Lanás, y el director ejecutivo, Óscar López; María José Amorín, subdirectora médica de los Servicios Centrales del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza; e Ignacio Garcés, responsable de proyectos internacionales de la Universidad de Zaragoza.

El IIS Aragón ha obtenido la financiación para el proyecto a través del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), en el marco de las subvenciones de proyectos de colaboración internacional de la convocatoria 2022 de la Acción Estratégica en Salud 2021-2023, con cargo a los fondos europeos del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, mientras que el resto de los socios lo han hecho a través de sus correspondientes entidades financiadoras nacionales.

^



(<https://www.amavir.es>)



11/04/2023



¿Necesitas orientación para solicitar las ayudas a la dependencia?

Te asesoramos y agilizamos el proceso de tramitación de las ayudas a la dependencia en tu comunidad autónoma. ¡Ahorra tiempo y contacta con nosotros!



Descarga aquí la guía
(<https://www.amavir.es/ayudas-a-la-dependencia/>)

Día Mundial del Parkinson

El **11 de abril** se conmemora el **Día Mundial del Parkinson**. Entre los objetivos de esta fecha está el reconocer a las personas afectadas, a sus cuidadores familiares y profesionales y al personal sanitario y sociosanitario, quienes dedican diariamente todo su tiempo y esfuerzo en mejorar la calidad de vida de los enfermos de Parkinson.

Otras finalidades de esta efeméride también son **informar y concienciar a la población acerca de esta patología e impulsar la investigación y el diagnóstico precoz** para un mejor conocimiento de esta enfermedad, que afecta a millones de personas.

Historia sobre la enfermedad del Parkinson

Es **conocida comúnmente como enfermedad de Parkinson** en referencia al **neurólogo británico James Parkinson**, que por primera vez describió esta patología en el año 1817 en su monografía “Un ensayo sobre la parálisis agitante” (*An essay on the shaking palsy*).

Su trabajo abarcó un gran número de especialidades científicas, como la paleontología, la botánica, la geología y la cirugía. Pero el trabajo con el que este científico logró cambiar el futuro de millones de personas en el mundo fue con la **descripción y análisis de los síntomas de la dolencia conocida con posterioridad como “mal de Parkinson”**, una enfermedad progresiva del sistema nervioso que afecta al movimiento, caracterizada por temblores que van en aumento. Todas sus investigaciones fueron recopiladas en el mencionado ensayo.

Sin embargo, en su trabajo, James Parkinson ya reconocía no ser el primero en describir esta enfermedad. Uno de los datos más antiguos se encuentra en **papiros egipcios y en sistemas de medicina tradicional de la India** de los años 1200 y 1000 a.C., respectivamente. También se reconocía la existencia de una enfermedad caracterizada por temblores y escasos movimientos en tratados de medicina tradicional china de alrededor del 800 a.C., donde el temblor cefálico y de manos se atribuía al avance de la edad.

Tras un ‘parón’ de numerosos siglos sobre la información relativa a la enfermedad

del Parkinson, las posteriores descripciones volvieron a emerger a partir del siglo XVII, con la investigación de doctores relevantes de la época como Nicolaes Tulp y Silvio de La Boe. Otras figuras, como Leonardo Da Vinci, Shakespeare o Rembrandt y médicos de la talla de Johannes Baptiste Sagar, Boissier de Sauvages, John Hunter y Chomel también refirieron temblores y otros trastornos motores en sus obras. Finalmente, en 1817 se publicó el ensayo de James Parkinson, que **recoge por primera vez y de forma específica detalles de la enfermedad**, extraídos de la observación de seis pacientes.

¿Qué es la enfermedad del Parkinson?

El Parkinson es una **enfermedad neurodegenerativa** que afecta a las neuronas dopaminérgicas, encargadas de la transmisión de la dopamina, el neurotransmisor responsable del movimiento muscular y el control del sistema nervioso central.

Se caracteriza por causar daños neurológicos severos, generando alteraciones en el control y la coordinación de los movimientos corporales. Esta patología está determinada por la presencia de varios **síntomas motores**: rigidez muscular, lentitud, temblor de reposo e inestabilidad de la marcha. Sin embargo, no todos los pacientes tienen estos síntomas. Es destacable el dato que han proyectado diversas investigaciones: **un tercio de los pacientes nunca llega a desarrollar temblor**.

Asimismo, el Parkinson ocasiona otros múltiples **síntomas no motores** o no visibles como insomnio, alteración del ánimo, estreñimiento, **disfagia** (<https://www.amavir.es/cuidar-al-mayor/la-disfagia-en-el-anciano/>), sudoración excesiva, **alteraciones cognitivas** (<https://www.amavir.es/cuidar-al-mayor/estimulacion-cognitiva-ejercicios-en-residencias-de-mayores/>), alucinaciones, pérdida del olfato o hiposmia y mareos, entre muchos otros.

En la actualidad se desconoce la causa principal de la enfermedad. Sin embargo, se considera que puede producirse por una **combinación de factores** genéticos, medioambientales y los derivados del envejecimiento del propio organismo.

Según la **Federación Española del Parkinson** (<https://www.esparkinson.es/espacio-parkinson/conocer-la-enfermedad/>), el **90% de los casos de esta dolencia surge de forma esporádica**, es decir, no se deben a una alteración

genética concreta. No obstante, se estima que **entre el 15% y el 25% de las personas afectadas cuentan con al menos algún pariente que la ha desarrollado previamente**. La misma entidad también indica que algunos estudios aluden como factores de riesgo el consumo continuado de agua de pozo a lo largo de varios años o haber estado expuesto a pesticidas y herbicidas.

Impacto del Parkinson en España

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que la enfermedad de Parkinson **afecta a 1 de cada 100 personas mayores de 60 años**. Asimismo, se estima que para el año 2030 (un futuro para nada lejano), habrá alrededor de 12 millones de pacientes con Parkinson.

Aunque no existen cifras exactas de personas afectadas de Parkinson en España, se estima que unos 160.000 españoles padecen la segunda enfermedad neurodegenerativa con mayor incidencia a nivel mundial, después del Alzheimer. De todos modos, se reitera que son datos estimativos porque **más del 50% de las personas que han comenzado a tener síntomas están aun sin diagnosticar**.

No obstante, la Sociedad Española de Neurología recuerda que **no es una enfermedad exclusiva de personas mayores**. Aproximadamente un 15% de los casos actualmente diagnosticados en España corresponden a menores de 50 años, conocido como **Parkinson de inicio joven o temprano**.

Además, entre el 30% y el 50% de las personas con Parkinson presenta depresión como un síntoma no motor de la patología. Así, el trastorno depresivo asociado al Parkinson se relaciona con la afectación de las neuronas de serotonina que controlan los circuitos cerebrales que regulan los estados de ánimo y las emociones.

Terapias y nuevos avances contra la enfermedad del Parkinson

La enfermedad evoluciona de forma diferente en cada persona, por lo que **es**

recomendable que el tratamiento sea adaptado y personalizado a las necesidades de cada caso.

El **tratamiento farmacológico** se basa en la administración de medicación cuyo objetivo es restablecer el contenido de dopamina en el cerebro para mejorar los síntomas y la calidad de vida del paciente. Así, suelen prescribirse fármacos tales como precursores y agonistas de la dopamina, inhibidores de las enzimas que degradan la dopamina, anticolinérgicos (para reducir el temblor y la rigidez) y amantadina (se suele administrar en etapas tempranas), entre otros.

Por su parte, como terapias avanzadas se pueden relacionar un gel de levodopa/carbidopa para mantener los niveles de dopamina constantes. Este producto se administra de forma flexible con una bomba **de infusión a través de una gastronomía percutánea**, consistente en introducir una sonda dentro del estómago a través de un pequeño orificio en la pared abdominal. También se pueden emplear medicamentos agonistas dopaminérgicos, como la **infusión continua subcutánea de apomorfina**.

En la clasificación de tratamientos no farmacológicos, las terapias rehabilitadoras resultan fundamentales en el control de la enfermedad y pueden ser adaptadas a las necesidades de cada paciente. La **fisioterapia**, para mejorar la calidad de los movimientos, el control postural y la estabilidad; la **logopedia**, útil para el diagnóstico, la rehabilitación y la prevención de los trastornos en la comunicación; la **terapia ocupacional**, con actividades básicas e instrumentales de la vida diaria para mantener la autonomía de la persona; y la **psicología** para abordar aspectos emocionales, cognitivos y conductuales son ejemplos de terapias con notables efectos rehabilitadores de esta patología.

En conclusión, desde Amavir nos unimos al Día Mundial de Parkinson para concienciar de la prevalencia de esta enfermedad a nivel mundial, así como para visibilizar la importancia de un diagnóstico precoz y de un tratamiento personalizado, incidiendo en el aspecto emocional y psicológico de las personas que lo padecen y de sus familiares.

Consulta tu periódico Amavir

LA SALUD ES LO QUE IMPORTA



DR. BARTOLOMÉ BELTRÁN

Actualidad del párkinson

No es solo cosa de mayores; un 15% de los casos son personas menores de 50 años



16 Abril, 2023 - 01:56h

Días atrás se celebró el Día Mundial del Párkinson, una enfermedad que padecen más de 7 millones de personas en todo el mundo y, en nuestro país, según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), sufren más de 150.000 españoles. El Ministerio de Sanidad afirma que el párkinson es un trastorno neurodegenerativo complejo, de aparición en la edad adulta, que afecta a las estructuras del cerebro encargadas del control y la coordinación del movimiento, así como del mantenimiento del tono muscular y de la postura.

La edad es el principal riesgo para padecer esta enfermedad. Sobre todo, a partir de la sexta década de vida, la incidencia y la prevalencia aumenta exponencialmente. Afecta a un dos por ciento de la población mayor de 65 años y pasa al cuatro por ciento en mayores de 80 años. Pero no sólo la sufren personas de edad avanzada, aproximadamente, un 15% de los casos diagnosticados en nuestro país corresponden a personas menores de 50 años.

En la mayoría de los pacientes no se identifica una causa concreta, mientras que en una población mínima (entre el 3% y el 5%) se detecta una mutación genética responsable de la enfermedad. Como explica la doctora Mónica Kurtis, directora del Programa de Trastornos del Movimiento del Servicio de Neurología del Hospital Ruber Internacional, a nivel cerebral, los pacientes pierden las células nerviosas, también conocidas como neuronas, productoras de una sustancia llamada dopamina. "La dopamina es el mensajero cerebral de los circuitos cerebrales encargados de coordinar el movimiento. Su falta, resulta en problemas a nivel motor y también a nivel no motor", indica la neuróloga. En cuanto a los síntomas, los más habituales de los signos motores son el temblor y la lentitud de movimientos. Pero éstos no siempre son los primeros en aparecer. Hasta en un 40% de casos la primera manifestación es la depresión y esto, puede llevar a diversos errores diagnósticos. Y otros síntomas no motores son: la ansiedad, los problemas cognitivos y los trastornos del sueño, entre otros.





El diagnóstico de la enfermedad es clínico. En la actualidad no existe ninguna prueba de imagen ni de sangre que confirme la existencia o no de la enfermedad. Se basa en la historia que refiere el paciente y en el examen neurológico, según expresa la Dra. Kurtis. Aunque el tratamiento farmacológico si bien no logra detener el proceso degenerativo, resulta eficaz para mejorar la mayoría de los signos motores y para muchos de los síntomas no motores. La experta del Ruber Internacional detalla que este 2023 han salido dos medicamentos nuevos. "Son dos nuevas formulaciones de levodopa. Una inhalada para rescatar al paciente del episodio OFF y otra formulación de levodopa intestinal. En los próximos meses veremos más innovadoras formulaciones de levodopa y de apomorfina.

Finalmente, el Ministerio de Sanidad, en el marco de la Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas, cuenta con la Guía sobre la Enfermedad del Párkinson en la que se proporcionan recomendaciones para mejorar el estado de salud y prevenir las complicaciones de la enfermedad. Seguro.

COMENTAR / VER COMENTARIOS

MÁS ARTÍCULOS DE OPINIÓN

[Ir a la sección Opinión »](#)

			
VÍCTOR J. VÁZQUEZ ARTÍCULOS	ALBERTO GONZÁLEZ TROYANO ARTÍCULOS	SILVIA SEGURA ARTÍCULOS	ANTONIO ZAPATA ARTÍCULOS
<i>Ley para flamencos, Virgenes y humadales</i>	<i>Se apaga una luz</i>	<i>MIGAS DE PAN</i>	<i>Bares de ayer y hoy</i>

Contenido patrocinado

#conectarenergías es contratar luz y gas y ahorrar con Waylet
Repsol Luz y Gas

[Haz clic aquí](#)

Trucos para la limpieza de tuberías y drenajes que todos deberían saber, ¡vea la lista!
Limpieza de tuberías y drenajes | Anuncios Publicitarios

¿Ha nacido antes de 1959?
Experts In Money

Nuevo Audi Q8 e-tron 100% eléctrico
Audi

[Ver oferta](#)

Los españoles sin seguro de decesos empiezan a darse cuenta de algo
Encuentra Seguro

LA SALUD ES LO QUE IMPORTA



DR. BARTOLOMÉ BELTRÁN

Actualidad del párkinson

No es solo cosa de mayores; un 15% de los casos son personas menores de 50 años



16 Abril, 2023 - 01:38h

CONTENIDO EXCLUSIVO

Entra gratis con tu email

DIARIO DE CADIZ

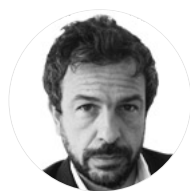
ENTRAR GRATIS

Si ya tienes cuenta de usuario gratuita, [inicia sesión](#)

COMENTAR / VER COMENTARIOS

MÁS ARTÍCULOS DE OPINIÓN

[Ir a la sección Opinión »](#)



REGISTRO

VÍCTOR J. VÁZQUEZ
ARTÍCULOS

Ley para



REGISTRO

ALBERTO GONZÁLEZ
TROYANO
ARTÍCULOS



REGISTRO

CARMEN OTEO
ARTÍCULOS

Rastros de vida



REGISTRO

LUIS CHACÓN
ARTÍCULOS

Revolucionarios

LA SALUD ES LO QUE IMPORTA



DR. BARTOLOMÉ BELTRÁN

Actualidad del párkinson

No es solo cosa de mayores; un 15% de los casos son personas menores de 50 años



16 Abril, 2023 - 01:38h

Días atrás se celebró el Día Mundial del Párkinson, una enfermedad que padecen más de 7 millones de personas en todo el mundo y, en nuestro país, según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), sufren más de 150.000 españoles. El Ministerio de Sanidad afirma que el párkinson es un trastorno neurodegenerativo complejo, de aparición en la edad adulta, que afecta a las estructuras del cerebro encargadas del control y la coordinación del movimiento, así como del mantenimiento del tono muscular y de la postura.

La edad es el principal riesgo para padecer esta enfermedad. Sobre todo, a partir de la sexta década de vida, la incidencia y la prevalencia aumenta exponencialmente. Afecta a un dos por ciento de la población mayor de 65 años y pasa al cuatro por ciento en mayores de 80 años. Pero no sólo la sufren personas de edad avanzada, aproximadamente, un 15% de los casos diagnosticados en nuestro país corresponden a personas menores de 50 años.

En la mayoría de los pacientes no se identifica una causa concreta, mientras que en una población mínima (entre el 3% y el 5%) se detecta una mutación genética responsable de la enfermedad. Como explica la doctora Mónica Kurtis, directora del Programa de Trastornos del Movimiento del Servicio de Neurología del Hospital Ruber Internacional, a nivel cerebral, los pacientes pierden las células nerviosas, también conocidas como neuronas, productoras de una sustancia llamada dopamina. "La dopamina es el mensajero cerebral de los circuitos cerebrales encargados de coordinar el movimiento. Su falta, resulta en problemas a nivel motor y también a nivel no motor", indica la neuróloga. En cuanto a los síntomas, los más habituales de los signos motores son el temblor y la lentitud de movimientos. Pero éstos no siempre son los primeros en aparecer. Hasta en un 40% de casos la primera manifestación es la depresión y esto, puede llevar a diversos errores diagnósticos. Y otros síntomas no motores son: la ansiedad, los problemas cognitivos y los trastornos del sueño, entre otros.

El diagnóstico de la enfermedad es clínico. En la actualidad no existe ninguna prueba de imagen ni de sangre que confirme la existencia o no de la enfermedad. Se basa en la historia que refiere el paciente y en el examen neurológico, según expresa la Dra. Kurtis. Aunque el tratamiento farmacológico si bien no logra detener el proceso degenerativo, resulta eficaz para mejorar la mayoría de los signos motores y para muchos de los síntomas no motores. La experta del Ruber Internacional detalla que este 2023 han salido dos medicamentos nuevos. "Son dos nuevas formulaciones de levodopa. Una inhalada para rescatar al paciente del episodio OFF y otra formulación de levodopa intestinal. En los próximos meses veremos más innovadoras formulaciones de levodopa y de apomorfina.

Finalmente, el Ministerio de Sanidad, en el marco de la Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas, cuenta con la Guía sobre la Enfermedad del Párkinson en la que se proporcionan recomendaciones para mejorar el estado de salud y prevenir las complicaciones de la enfermedad. Seguro.

COMENTAR / VER COMENTARIOS

MÁS ARTÍCULOS DE OPINIÓN

[Ir a la sección Opinión »](#)



MARÍA ANTONIA PEÑA
ARTÍCULOS

La elefanta y el palomo



VÍCTOR J. VÁZQUEZ
ARTÍCULOS

Ley para flamencos, Vírgenes y humedales



ALBERTO GONZÁLEZ
TROYANO
ARTÍCULOS

Se apaga una luz



LUIS CHACÓN
ARTÍCULOS

Revolucionarios de pitimini

Contenido patrocinado

Los españoles sin seguro de decesos empiezan a darse cuenta de algo

[Encuentra Seguro](#)

¿Ha nacido antes de 1959?

[Experts In Money](#)

Lee esto antes de comprar un audífono. Se buscan probadores

[Oye Claro](#)

Evalúa cuan inteligente eres. Responde 22 preguntas y averigua cuál es tu IQ

[WW IQ Test](#)

Descubre cuánto vale tu coche en solo 30 segundos

[Compramostucoche.es](#)

Nuevo Audi Q8 e-tron 100% eléctrico

[Audi](#)

LA SALUD ES LO QUE IMPORTA



DR. BARTOLOMÉ BELTRÁN

Actualidad del párkinson

No es solo cosa de mayores; un 15% de los casos son personas menores de 50 años



16 Abril, 2023 - 01:54h

Días atrás se celebró el Día Mundial del Párkinson, una enfermedad que padecen más de 7 millones de personas en todo el mundo y, en nuestro país, según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), sufren más de 150.000 españoles. El Ministerio de Sanidad afirma que el párkinson es un trastorno neurodegenerativo complejo, de aparición en la edad adulta, que afecta a las estructuras del cerebro encargadas del control y la coordinación del movimiento, así como del mantenimiento del tono muscular y de la postura.

La edad es el principal riesgo para padecer esta enfermedad. Sobre todo, a partir de la sexta década de vida, la incidencia y la prevalencia aumenta exponencialmente. Afecta a un dos por ciento de la población mayor de 65 años y pasa al cuatro por ciento en mayores de 80 años. Pero no sólo la sufren personas de edad avanzada, aproximadamente, un 15% de los casos diagnosticados en nuestro país corresponden a personas menores de 50 años.

En la mayoría de los pacientes no se identifica una causa concreta, mientras que en una población mínima (entre el 3% y el 5%) se detecta una mutación genética responsable de la enfermedad. Como explica la doctora Mónica Kurtis, directora del Programa de Trastornos del Movimiento del Servicio de Neurología del Hospital Ruber Internacional, a nivel cerebral, los pacientes pierden las células nerviosas, también conocidas como neuronas, productoras de una sustancia llamada dopamina. "La dopamina es el mensajero cerebral de los circuitos cerebrales encargados de coordinar el movimiento. Su falta, resulta en problemas a nivel motor y también a nivel no motor", indica la neuróloga. En cuanto a los síntomas, los más habituales de los signos motores son el temblor y la lentitud de movimientos. Pero éstos no siempre son los primeros en aparecer. Hasta en un 40% de casos la primera manifestación es la depresión y esto, puede llevar a diversos errores diagnósticos. Y otros síntomas no motores son: la ansiedad, los problemas cognitivos y los trastornos del sueño, entre otros.

El diagnóstico de la enfermedad es clínico. En la actualidad no existe ninguna prueba de imagen ni de sangre que confirme la existencia o no de la enfermedad. Se basa en la historia que refiere el paciente y en el examen neurológico, según expresa la Dra. Kurtis. Aunque el tratamiento farmacológico si bien no logra detener el proceso degenerativo, resulta eficaz para mejorar la mayoría de los signos motores y para muchos de los síntomas no motores. La experta del Ruber Internacional detalla que este 2023 han salido dos medicamentos nuevos. "Son dos nuevas formulaciones de levodopa. Una inhalada para rescatar al paciente del episodio OFF y otra formulación de levodopa intestinal. En los próximos meses veremos más innovadoras formulaciones de levodopa y de apomorfina.

Finalmente, el Ministerio de Sanidad, en el marco de la Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas, cuenta con la Guía sobre la Enfermedad del Párkinson en la que se proporcionan recomendaciones para mejorar el estado de salud y prevenir las complicaciones de la enfermedad. Seguro.

COMENTAR / VER COMENTARIOS

MÁS ARTÍCULOS DE OPINIÓN

[Ir a la sección Opinión »](#)

 <p>REGISTRO VÍCTOR J. VÁZQUEZ ARTÍCULOS <i>Ley para flamencos, Vírgenes y humedales</i></p>	 <p>REGISTRO ALBERTO GONZÁLEZ TROYANO ARTÍCULOS <i>Se apaga una luz</i></p>	 <p>REGISTRO CARLOS COLÓN ARTÍCULOS <i>Antonio Lerate Cabrera</i></p>	 <p>REGISTRO JUAN RUESGA NAVARRO ARTÍCULOS <i>Gigantismo</i></p>
--	---	---	---



¿Qué pasa cuando no duermes bien?

Cuando dormimos nuestro cuerpo realiza muchos procesos, pero, si nuestro sueño no es reparador ¿Cuáles son las causas?

Tiempo de lectura estimado: 4 minutos

No solo cansancio y sueño. La importancia de descansar bien.

¿Alguna vez has tenido la sensación de que has dormido, pero te has levantado con cansancio y sueño? Si te ha pasado, es muy probable que hayas sufrido un trastorno del sueño.

Dormir y descansar es fundamental para mejorar el rendimiento cerebral, el estado de ánimo y tener una buena salud. Nuestro cuerpo necesita dormir **para combatir enfermedades infecciosas**, ya que durante el periodo de sueño el sistema inmunitario libera proteínas llamadas citocinas, algunas de las cuales ayudan a promover el sueño. Estas deben aumentar cuando tienes una infección o inflamación o cuando estás estresado. La falta de sueño puede reducir la producción de estas citocinas protectoras. Además, los anticuerpos y las células que combaten infecciones disminuyen durante los periodos en los que no duermes lo suficiente. A continuación, te contamos en que consiste el trastorno del sueño, que causas lo pueden generar y qué síntomas pueden provocar en nuestras vidas.

¿Qué son los trastornos del sueño?

Los trastornos del sueño son afecciones que pueden afectar a la capacidad para dormir y pueden provocar diferentes síntomas en nuestro organismo. Los **problemas para conciliar el sueño o para mantener el sueño** afectan a gran parte de la población.

Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), más de un 10% de la población española padecen algún tipo de trastorno de sueño crónico, lo que supone más de 4 millones de personas en España.

Mantener una rutina regular de sueño y un estilo de vida saludable puede ayudar a prevenir los trastornos del sueño y a mejorar la calidad de vida. Además, el mantenimiento del sueño es crucial para nuestra salud y bienestar en general. Durante el sueño, nuestro cuerpo realiza una



Síntomas que provocan dormir mal

El **cansancio y el sueño** están totalmente conectados. Las personas que tiene problemas para dormir y/o suelen hacerlo menos tiempo de lo habitual, no suelen pasar el periodo suficiente en cada etapa del sueño y esto afecta a la calidad del descanso.

Los síntomas principales del trastorno del sueño pueden ser:

- Dificultad para conciliar el sueño a la noche
- Despertarse durante la noche
- Despertarse muy temprano
- No sentirse bien descansado después del sueño nocturno
- Cansancio o somnolencia diurnos
- Irritabilidad, depresión o ansiedad
- Dificultad para prestar atención, concentrarse en las tareas o recordar
- Aumento de los errores o los accidentes
- Preocupaciones constantes respecto del sueño

Por otro lado, encontramos diferentes problemas de salud que están relacionados con la mala calidad del sueño, como:

- Presión arterial alta
- Enfermedad del corazón
- Accidente cerebrovascular
- Enfermedad del riñón
- Obesidad
- Diabetes tipo 2

¿Problemas a la hora de dormir? Causas

Son muchas las circunstancias y causas que pueden provocar trastorno del sueño. Entre ellas encontramos:

- Padecer algún tipo de **enfermedad**. Los ejemplos de afecciones relacionadas con el insomnio incluyen el dolor crónico, el cáncer, la diabetes, las enfermedades cardíacas, el asma, la enfermedad del reflujo gastroesofágico, el hipertiroidismo, la enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Alzheimer.
- **Sufrir situaciones estresantes**. Como problemas laborales o la muerte de un ser querido. También padecer algún tipo de enfermedad mental como la depresión o la ansiedad.
- El **exceso de cafeína y alcohol**.
- **Horarios irregulares**. Desde cambios en el horario laboral, viajar a diferentes zonas horarias, o simplemente mantener horarios de sueño inconsistentes en días libres.
- **Malos hábitos de sueño**. Como realizar actividades estimulantes antes de acostarse, siestas excesivas o el uso de pantallas como televisores, videojuegos, móviles.
- **Comer con exceso por las noches**. Puede causarte molestias físicas cuando estás acostado.

Medicamentos. Muchos fármacos recetados pueden afectar el sueño, por ejemplo, ciertos antidepresivos y medicamentos para el asma o la presión arterial. También, medicamentos de venta libre, como algunos analgésicos, medicamentos para la alergia o el resfriado, y los productos para adelgazar, contienen cafeína y otros estimulantes que pueden alterar el sueño.

Diferentes tipos de trastorno del sueño



Tipo de trastorno del sueño: Insomnio.

Es el **trastorno más común**, supone una **dificultad para conciliar el sueño** o para permanecer dormido durante la noche. Puede ser a **corto plazo**, cuando las personas tienen dificultades para dormir durante algunas semanas o meses. O, a **largo plazo**, cuando esta dificultad dura tres meses o más.

Tipo de trastorno del sueño: La apnea.

La apnea del sueño es otro trastorno bastante común. Consiste en tener patrones anormales de respiración a la **hora de dormir**. Las **vías respiratorias** superiores **se bloquean durante el sueño**, lo que supone que se reduzca el flujo del aire y genere que la persona se despierte durante la noche. Esta afección tiene que tratarse, ya que es peligrosa y puede provocar **problemas de salud**.

Tipo de trastorno del sueño: Síndrome de las piernas inquietas.

Es un tipo de trastorno que causa una sensación incómoda y un **impulso de mover las piernas** cuando estás tratando de dormirte.

Tipo de trastorno del sueño: Narcolepsia.

La narcolepsia es un problema del **sistema nervioso** que causa somnolencia extrema y ataques de sueño durante todo el día.

Por suerte, existen diferentes complementos alimenticios específicos para favorecer el descanso natural y para potenciar los efectos renovadores del sueño. [Infórmate de más.](#)

Dormir bien es esencial para mantener una buena salud física y mental. Durante el sueño pasamos por 5 procesos mientras dormimos, [te los explicamos aquí](#). Además, el cuerpo se recupera y regenera, mientras que la mente procesa las experiencias y emociones del día. Si tienes problemas para dormir o te despiertas cansado y con sueño, es importante que **consultes a un especialista**, ya que los trastornos del sueño pueden tener efectos negativos en tu salud a largo plazo. Además, recuerda que «la vida es sueño», y que un buen descanso nocturno es fundamental para vivir plenamente cada día y enfrentar los retos que se presentan en la vida cotidiana. Así que no subestimes **la importancia de dormir bien** y toma las medidas necesarias para garantizar un sueño reparador y de calidad cada noche.

Sigue descansando

Salud | Problemas de memoria

¿Dónde he dejado las llaves? ¿Y el coche? Guía para saber si es un despiste o síntoma de enfermedad

Olvidarse las llaves o el nombre de alguien es normal, lo preocupante es no recordar algo que se ha hecho



Fermín Apezteguia

Seguir

Sábado. 15 de abril 2023 | Actualizado 16/04/2023 00:10h.

¿Dónde he dejado las llaves? ¿Y el coche? Guía para saber si es un despiste o síntoma de enfermedad

Olvidarse las llaves o el nombre de alguien es normal, lo preocupante es no recordar algo que se ha hecho



Fermín Apezteguia

Seguir

Sábado. 15 de abril 2023 | Actualizado 16/04/2023 00:10h.



Nuestra Política de Tratamiento de Datos Personales ha cambiado. Conócela haciendo [clic aquí](#).



La hora del sexo / Sexo con Esther

La actividad sexual y el orgasmo liberan oxitocina, una hormona que puede promover un mejor descanso

FOTO: iStock

Tener relaciones sexuales poco antes de dormir ayuda a conciliar el sueño y a dormir profundamente.

RELACIONADOS: SEXO | SEXO CON ESTHER | ESTHER BALAC | RELACIONES SEXUALES | DORMIR

Se **ESTHER BALAC**



A

perm
asegu

Y es q
mejor
día. Si
(SEN),
dificu

(Lea t

Qu
prev

**ar resulta placentero realizar una
e la planta baja, los expertos señalan
mento exacto en la noche que nos
nir mucho mejor.** Y esto significa
quila, en lo que al sueño se refiere.

o influye en muchos aspectos porque
ral y el ánimo para realizar las tareas del
ras de la Sociedad Española de Neurología
**por ciento de la población adulta tiene
e y mantener un sueño reparador.**

› solo anticoncepción)

l y qué método se recomiendan para





Nuestra Política de Tratamiento de Datos Personales ha cambiado. Conócela haciendo [clic aquí](#).

Es allí cuando llega el estrés, **el estado de ánimo se debilita y es cuando se hace necesario programar de inmediato una buena encamada nocturna.**

Los estudios han demostrado que tener sexo dos horas antes de acostarnos ayuda a conciliar el sueño y a dormir profundamente.

Esto significa que si la pareja quiere dormir a las 11 de la noche, debería estar teniendo sexo a las 9. Lo cierto es que la actividad sexual y el orgasmo liberan oxitocina, una hormona que puede promover un mejor descanso.

(Es de su interés: ['Petting', buen calentamiento en inglés](#))

Una investigación realizada por el Consejo Francés de Investigación Médica demostró que durante y después de la jornada sexual **el cuerpo libera relajantes químicos y este proceso funciona como inductor del sueño.**

Este trabajo también comprobó que una vez ha terminado la jornada sexual, la pareja entra en un sueño profundo y por tanto se potencializa este estado de somnolencia, si se practica en las horas de la noche.

Por otro lado, la encuesta realizada por la Compañía Británica Forza Industries señaló que el momento más agradable para tener relaciones sexuales es poco después de despertarse, unos 45 minutos antes de poner los pies en el suelo. Y es que esto tiene una explicación porque el organismo está en su punto más alto de energía después de una noche de descanso, lo que significa que la resistencia a esta encamada resulta mucho mayor.

(Además: [Niños, jóvenes y porno](#))

Así que un buen sexo al iniciar el día también es recomendable, porque además esta **encuesta española reveló que la mayoría de los entrevistados alcanzaron el nivel de estrés a las 10:45 de la mañana** y si se logra un desahogo a esa hora, el pico de tensión será menor y se reducen las posibilidades de tener un día agitado.

Por eso, si queremos descansar y dormir bien por la noche, **mi consejo es preparar el catre dos horas antes de cerrar los ojos y se verán los resultados de inmediato.** Pero si la pareja ejerce más en las horas de la mañana, también recibe su recompensa. Hasta luego.

ESTHER BALAC
Para EL TIEMPO



Precios ida y vuelta desde...

Vuela a Latinoamérica al mejor precio

y con *maleta incluida* en todas nuestras tarifas.

Madrid	— Caracas	— 456€	➔
Tenerife	— Caracas	— 445€	➔
Madrid	— Bogotá	— 478€	➔
Madrid	— Lima	— 434€	➔
Madrid	— Cartagena de Indias	— 479€	➔



COMPRA AQUÍ

*Sujeto a condic
Compra ya en www.plus
center y agencias d

LA SALUD ES LO QUE IMPORTA



DR. BARTOLOMÉ BELTRÁN

Actualidad del párkinson

No es solo cosa de mayores; un 15% de los casos son personas menores de 50 años



16 Abril, 2023 - 01:38h

Días atrás se celebró el Día Mundial del Párkinson, una enfermedad que padecen más de 7 millones de personas en todo el mundo y, en nuestro país, según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), sufren más de 150.000 españoles. El Ministerio de Sanidad afirma que el párkinson es un trastorno neurodegenerativo complejo, de aparición en la edad adulta, que afecta a las estructuras del cerebro encargadas del control y la coordinación del movimiento, así como del mantenimiento del tono muscular y de la postura.

La edad es el principal riesgo para padecer esta enfermedad. Sobre todo, a partir de la sexta década de vida, la incidencia y la prevalencia aumenta exponencialmente. Afecta a un dos por ciento de la población mayor de 65 años y pasa al cuatro por ciento en mayores de 80 años. Pero no sólo la sufren personas de edad avanzada, aproximadamente, un 15% de los casos diagnosticados en nuestro país corresponden a personas menores de 50 años.

En la mayoría de los pacientes no se identifica una causa concreta, mientras que en una población mínima (entre el 3% y el 5%) se detecta una mutación genética responsable de la enfermedad. Como explica la doctora Mónica Kurtis, directora del Programa de Trastornos del Movimiento del Servicio de Neurología del Hospital Ruber Internacional, a nivel cerebral, los pacientes pierden las células nerviosas, también conocidas como neuronas, productoras de una sustancia llamada dopamina. "La dopamina es el mensajero cerebral de los circuitos cerebrales encargados de coordinar el movimiento. Su falta, resulta en problemas a nivel motor y también a nivel no motor", indica la neuróloga. En cuanto a los síntomas, los más habituales de los signos motores son el temblor y la lentitud de movimientos. Pero éstos no siempre son los primeros en aparecer. Hasta en un 40% de casos la primera manifestación es la depresión y esto, puede llevar a diversos errores diagnósticos. Y otros síntomas no motores son: la ansiedad, los problemas cognitivos y los trastornos del sueño, entre otros.

El diagnóstico de la enfermedad es clínico. En la actualidad no existe ninguna prueba de imagen ni de sangre que confirme la existencia o no de la enfermedad. Se basa en la historia que refiere el paciente y en el examen neurológico, según expresa la Dra. Kurtis. Aunque el tratamiento farmacológico si bien no logra detener el proceso degenerativo, resulta eficaz para mejorar la mayoría de los signos motores y para muchos de los síntomas no motores. La experta del Ruber Internacional detalla que este 2023 han salido dos medicamentos nuevos. "Son dos nuevas formulaciones de levodopa. Una inhalada para rescatar al paciente del episodio OFF y otra formulación de levodopa intestinal. En los próximos meses veremos más innovadoras formulaciones de levodopa y de apomorfina.

Finalmente, el Ministerio de Sanidad, en el marco de la Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas, cuenta con la Guía sobre la Enfermedad del Párkinson en la que se proporcionan recomendaciones para mejorar el estado de salud y prevenir las complicaciones de la enfermedad. Seguro.

COMENTAR / VER COMENTARIOS

MÁS ARTÍCULOS DE OPINIÓN

[Ir a la sección Opinión »](#)

 <p>IGNACIO DE CASTRO ARTÍCULOS</p> <p><i>Ante la pasividad de Madrid</i></p>	 <p>MARÍA ANTONIA PEÑA ARTÍCULOS</p> <p><i>La elefanta y el palomo</i></p>	 <p>VÍCTOR J. VÁZQUEZ ARTÍCULOS</p> <p><i>Ley para flamencos, Vírgenes y humedales</i></p>	 <p>ALBERTO GONZÁLEZ TROYANO ARTÍCULOS</p> <p><i>Se apaga una luz</i></p>
--	---	---	---

Contenido patrocinado

California
Volkswagen

Lee esto antes de comprar un audífono. Se buscan probadores
Oye Claro

¿Ha nacido antes de 1959?
Experts In Money

Evalúa cuan inteligente eres. Responde 22 preguntas y averigua cuál es tu IQ
WW IQ Test

[Haz clic aquí](#)

Entra en IKEA.es
IKEA

[Comprar Ahora](#)

LA SALUD ES LO QUE IMPORTA



DR. BARTOLOMÉ BELTRÁN

Actualidad del párkinson

No es solo cosa de mayores; un 15% de los casos son personas menores de 50 años



16 Abril, 2023 - 01:55h

CONTENIDO EXCLUSIVO

Entra gratis con tu email

Granada Hoy

ENTRAR GRATIS

[¿Por qué pedimos tu registro?](#)

Si ya tienes cuenta de usuario gratuita, [inicia sesión](#)

COMENTAR / VER COMENTARIOS

MÁS ARTÍCULOS DE OPINIÓN

[Ir a la sección Opinión »](#)



 REGISTRO

VÍCTOR J. VÁZQUEZ
ARTÍCULOS



 REGISTRO

ALBERTO GONZÁLEZ
TROYANO



 REGISTRO

LUIS CHACÓN
ARTÍCULOS



 REGISTRO

MARTÍN DOMINGO
ARTÍCULOS



Portada (<https://info-veritas.com/>) » Día Mundial del Parkinson: causas, síntomas y tratamientos de esta enf...

EXPLICATIVOS([HTTPS://INFO-VERITAS.COM/CATEGORY/EXPLICATIVOS/](https://info-veritas.com/category/explicativos/))

Día Mundial del Parkinson: causas, síntomas y tratamientos de esta enfermedad desconocida

A día de hoy se desconoce la causa última del Parkinson, pero se considera que detrás podrían estar factores genéticos, medioambientales y el propio envejecimiento del organismo.



Por Infoveritas (<https://info-veritas.com/author/infoveritas/>) - abril 11,

2023 ⌚ 5 Minutos de Lectura



Este 11 de abril se celebra el Día Mundial del Parkinson, una enfermedad sobre la que todavía pesan muchas incógnitas. Empezando por el motivo por el que una persona desarrolla este trastorno degenerativo. A pesar de los avances, a día de hoy todavía se desconoce la causa última de esta enfermedad, aunque los estudios que se han ido desarrollando apuntan a factores genéticos, medioambientales y al propio envejecimiento del organismo.

Se calcula que, en España, según los datos de la **Sociedad Española de Neurología** (<https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link238.pdf>), cada año se diagnostican alrededor de 10.000 nuevos casos. El 70% de las personas que lo padecen tienen más de 65 años, aunque el 15% son menores de 50.

Con motivo de esta fecha, en INFOVERITAS hemos tratado de dar respuestas a algunas incógnitas que todavía persisten sobre el Parkinson. Qué tipo de enfermedad es, por qué se desarrolla y cómo se diagnostica, y qué tipo de tratamientos existen para paliar los síntomas de esta dolencia que afecta a alrededor de 150.000-200.000 personas en nuestro país.

¿Qué tipo de enfermedad es el Párkinson?

De acuerdo con el **Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares** (<https://espanol.ninds.nih.gov/es/trastornos/forma-larga/enfermedad-de-parkinson-esperanza-en-la-investigacion>) (NINDS), el Párkinson “es un trastorno degenerativo del sistema nervioso central que pertenece a un grupo de afecciones conocidas como trastornos del movimiento”. Es crónica, dado que persiste en el tiempo; y a la vez progresiva, sus síntomas empeoran con el tiempo.

La enfermedad se presenta cuando mueren o se dañan las neuronas. Y, tal y como explican desde el NIH, “aunque muchas áreas del cerebro se ven afectadas, los síntomas más comunes son el resultado de la pérdida de neuronas en un área cerca de la base del cerebro conocida como sustancia negra”.

Es en esa zona del cerebro donde se produce la dopamina, una sustancia química imprescindible para que el cerebro pueda “producir movimientos uniformes y deliberados”. Es la pérdida de dopamina lo que “produce patrones anormales de activación nerviosa dentro del cerebro que causan deterioro del movimiento”.

¿Por qué se desarrolla el Parkinson y cómo se diagnostica?

Desde la **Federación Española de Parkinson explican que** (<https://www.esparkinson.es/espacio-parkinson/conocer-la-enfermedad>

/#:~:text=La%20enfermedad%20de%20Parkinson%20(EP,los%20llamados%20Trastornos%20del%20Movimiento.) “a día de hoy **no se conoce la causa última de la enfermedad del Parkinson**. Sin embargo, se considera que podría deberse a una combinación de factores genéticos, medioambientales y los derivados del propio envejecimiento del organismo”.

Entre los factores medioambientales, tal y como indican desde FEP, algunos estudios citan “el consumo continuado a lo largo de los años de agua de pozo o haber estado expuesto a pesticidas y herbicidas”.

La **detección del Parkinson no es algo sencillo**, ya que no existe una prueba específica de la enfermedad y, además, existen otras dolencias que causan síntomas similares. “A veces los médicos les dicen a las personas con Parkinson que tienen otros trastornos, mientras que las personas con enfermedades similares al Parkinson pueden recibir un diagnóstico incorrecto de Parkinson”, apuntan desde el NINDS.

Desde la FEP coinciden en esta afirmación y añaden que se trata de un **diagnóstico “fundamentalmente clínico** y se realiza en base a la historia clínica y exploración neurológica de la persona”. Los principales síntomas de esta enfermedad son motores y son cuatro: temblor, rigidez, bradicinesia e inestabilidad postural.

Aunque también existen otros síntomas no motores como trastornos neuropsiquiátricos, del sueño, digestivos, sensoriales o autonómicos; como serían una sudoración excesiva, seborrea o disfunción sexual. Eso sí, tal y como apuntan desde la FEP, hay que tener en cuenta que “no todas las personas tienen por qué tener los mismos síntomas, ni su evolución va a seguir el mismo curso”.

Ya que no existe cura, ¿Cómo se trata el Parkinson?

Desde el **Centro de Investigación de Medicina Aplicada de la Clínica Universidad de Navarra (Cima CUN)** (<https://cima.cun.es/enfermedades/enfermedades-sistema-nervioso/parkinson-investigacion>) apuntan que, aunque no existe cura para esta enfermedad, sí existen una serie de “fármacos o tratamientos que reponen el déficit de dopamina y ayudan a mejorar los síntomas”.

En este sentido, “la medicación se centra en reestablecer el contenido de dopamina en el cerebro con el objetivo de mejorar los síntomas y la calidad de vida de la persona”, explican desde la FEP. Además, dado que la enfermedad “evoluciona de manera diferente en cada persona, el tratamiento debe estar adaptado a las necesidades que se presenten en cada momento”.

También existe un tratamiento quirúrgico para los casos en los que los fármacos no están paliando los síntomas motores de la enfermedad. En ese supuesto se recurre a una “estimulación cerebral profunda” (ECP por sus siglas en inglés) mediante la implantación de electrodos y así modular las señales que producen esos síntomas.

Fuentes y herramientas

Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares: Enfermedad de Parkinson: Esperanza en la investigación

(<https://espanol.ninds.nih.gov/es/trastornos/forma-larga/enfermedad-de-parkinson-esperanza-en-la-investigacion>)

Sociedad Española de Neurología (SEN) (<https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link238.pdf>)

Federación Española del Parkinson (FEP) ([https://www.esparkinson.es/espacio-parkinson/conocer-la-enfermedad/#:~:text=La%20enfermedad%20de%20Parkinson%20\(EP,los%20llamados%20Trastornos%20del%20Movimiento.\)](https://www.esparkinson.es/espacio-parkinson/conocer-la-enfermedad/#:~:text=La%20enfermedad%20de%20Parkinson%20(EP,los%20llamados%20Trastornos%20del%20Movimiento.)))

Investigación en enfermedad de Parkinson, Centro de Investigación de Medicina Aplicada de la Clínica Universidad de Navarra (Cima CUN)
(<https://cima.cun.es/enfermedades/enfermedades-sistema-nervioso/parkinson-investigacion>)

Día mundial (<https://info-veritas.com/tag/dia-mundial/>)

parkinson (<https://info-veritas.com/tag/parkinson/>)

Salud (<https://info-veritas.com/tag/salud/>)

LA SALUD ES LO QUE IMPORTA



DR. BARTOLOMÉ BELTRÁN

Actualidad del párkinson

No es solo cosa de mayores; un 15% de los casos son personas menores de 50 años



16 Abril, 2023 - 01:38h

CONTENIDO EXCLUSIVO

Entra gratis con tu email

Málaga hoy

ENTRAR GRATIS

¿Por qué pedimos tu registro?

Si ya tienes cuenta de usuario gratuita, [inicia sesión](#)

COMENTAR / VER COMENTARIOS

MÁS ARTÍCULOS DE OPINIÓN

[Ir a la sección Opinión »](#)



REGISTRO



REGISTRO



REGISTRO



REGISTRO

MALDITA CIENCIA

En el Día Mundial del Párkinson: síntomas, diagnóstico precoz e importancia de la sensibilización sobre la enfermedad

Publicado 11/4/2021 09:13

Actualizado 11/4/2023 07:32

Comparte



Cada 11 de abril desde 1997, según estableció la Organización Mundial de la Salud (OMS), se celebra el Día Mundial del Párkinson. Tanto el nombre de la enfermedad como el establecimiento de su fecha tienen su origen en James Parkinson, doctor británico que describió por primera vez la enfermedad.

El párkinson, como explica en su página web la [Federación Española de Párkinson](#) (FEP), es una enfermedad neurodegenerativa, crónica e invalidante, que afecta a **160.000 personas en España** y a **más de 7 millones de personas en todo el mundo**.

Los pacientes con enfermedad de Parkinson sufren una degeneración de las neuronas productoras de dopamina de la **substantia nigra o sustancia negra (SN)**, una parte del cerebro relacionada con el control del movimiento. “La falta de dopamina causa los síntomas de la enfermedad, siendo los principales el temblor en reposo, la bradiquinesia (los movimientos se hacen más lentos), rigidez e inestabilidad postural (problemas de equilibrio)”, explica a *Maldita Ciencia* Moisés García Arencibia, bioquímico, biólogo molecular y maldito que nos ha prestado sus superpoderes.

“Además, se conoce que la falta de dopamina también se genera en otras áreas del cerebro, y se produce también la falta de otros neurotransmisores (serotonina, acetilcolina o noradrenalina). Esto explicaría la aparición de otros síntomas de la enfermedad de Parkinson como la **apatía, la depresión o los problemas cognitivos**”, añade el neurólogo Diego Santos, miembro del Grupo de Estudio de Trastorno del Movimiento de la Sociedad Española de Neurología (SEN) y colaborador de la FEP.

Diagnóstico precoz y su importancia en el desarrollo de la enfermedad

Como en cualquier enfermedad, es importante prestar atención a su diagnóstico precoz. Al fin y al cabo, cuanto antes se identifique, antes podrá comenzar a tratarse y, con ello, minimizar sus efectos. “A día de hoy **no existe un tratamiento curativo para el párkinson**. Aun así, el **diagnóstico precoz es fundamental**. [El paciente presenta unos síntomas](#) y es importante que se identifique de forma temprana la causa de estos. A partir de ese momento, el paciente debe ser tratado por un especialista”, señala Santos.

En la actualidad, [el diagnóstico sigue siendo clínico, basado en los síntomas motores](#). La presencia de **temblor, la lentitud de movimiento, la disminución de la expresividad facial, los problemas para caminar, la disminución del braceo o la rigidez**, son algunos de los síntomas que pueden alertar sobre la enfermedad. Para reconocerla, también podemos tener en cuenta algunos de los síntomas que se han asociado con etapas presintomática. Entre ellos, pérdida del olfato, problemas de sueño o estreñimiento.

En general, los síntomas no motores son poco específicos, salvo el [trastorno del sueño REM](#). Este último suele cursar con pesadillas, sueños muy vívidos y movimientos en la cama.

“También se habla de **diagnóstico premotor**, y sabemos que hay síntomas no motores que pueden aparecer antes, a veces incluso años antes”, adelanta Santos. De hecho, en palabras de García, **los principales síntomas motores aparecen cuando han muerto alrededor del 70% de neuronas de SN**: “Así que poder actuar antes es una ventaja”.

“Una prueba de neuroimagen podría servir para comprobar si se están muriendo las neuronas de la SN, pero son pruebas costosas y no se pueden realizar de forma rutinaria”, explica García. Además, añade que, en algunos casos, la enfermedad está asociada a una mutación genética: “Los portadores de la mutación tienen mayores probabilidades de sufrir la enfermedad y sí podrían ser objetos de un seguimiento mayor”.

¿Existe tratamiento para el párkinson?

Actualmente no hay cura para el párkinson y [el principal tratamiento es el farmacológico](#) para reducir los síntomas. Su objetivo es tratar de solucionar el déficit de dopamina causado por la muerte de las neuronas de la SN.

García explica que también existen también tratamientos que intentan estimular el cerebro, bien de forma transcraneal, o bien desde dentro, tras una cirugía. “Ninguno está exento de problemas. Además, todos están **dirigidos al tratamiento de los síntomas**. Por eso, en la actualidad se investigan líneas como tratamientos para evitar la muerte neuronal, biomarcadores que permitan el **diagnóstico temprano o trasplantes neuronales para sustituir a las neuronas muertas**”, afirma el bioquímico.

También [hay investigaciones](#) en curso sobre fármacos cuyo fin es intentar frenar la progresión de la enfermedad. “Es el caso de la inmunoterapia (que intenta evitar la expansión de la proteína que se acumula de forma anómala en la enfermedad), las vacunas o los anticuerpos monoclonales”, añade Santos. Son muchas las terapias disponibles y en investigación.

Cómo puede interferir el párkinson en el día a día de un paciente

El párkinson condiciona el día a día de los paciente: se trata, como decíamos, de una enfermedad que produce **lentitud de movimientos**, tanto para iniciar como para

mantener cualquier actividad de la vida cotidiana (ducharse, vestirse, asearse, escribir, cocinar...). Una enfermedad que obliga **“a cambiar los ritmos”**, sintetiza a *Maldita Ciencia* Susana Donate, psicóloga clínica y neuropsicóloga de la [Asociación Parkinson Madrid](#).

Y no solo eso. “Además, es una **enfermedad visible**, ya que las personas que están alrededor se dan cuenta de esta dificultad de movimiento. Esta lentitud física se une a una lentitud cognitiva: a la hora de procesar la información, de organizar las actividades...”, añade la experta.

De hecho, un paciente con párkinson no solo tiene que hacer frente a estas consecuencias perceptibles físicamente. Donate explica que **el propio diagnóstico de la enfermedad es también un impacto psicológico**. “Les produce un momento de *shock*, tristeza y, a veces, de ira y de enfado. A medida que comienzan a tomar la medicación y los síntomas se van normalizando, lo van aceptando un poco mejor. Pero, evidentemente, la enfermedad avanza y las personas que lo sufren se vuelven más dependientes”, recuerda la psicóloga.

Es en ese momento cuando pueden aparecer [síntomas depresivos y de aislamiento social](#). Si a esto le añadimos que, debido a la enfermedad, pueden tener dificultades en la voz y a la hora de comunicarse con los demás, el día a día puede ser muy duro. En estos momentos, en opinión de Donate, el acompañamiento a las personas es la clave.

La importancia de la sensibilización: Día Mundial del Párkinson

Dar a conocer cómo es la enfermedad, eliminar estigmas o explicar cómo es el día a día de un afectado es fundamental para que se produzca un **diagnóstico precoz** y para que **la sociedad pueda identificar los síntomas**. Es importante también para que las administraciones públicas conozcan las necesidades del colectivo y pueda ayudar a mejorar su calidad de vida.

“En muchas ocasiones, y debido a las discinesias, muchas personas no ayudan a los enfermos porque **confunden estos síntomas con la embriaguez**, por ejemplo”, advierte Donate.

A pesar de que en los últimos años se le está dando cada vez más importancia al párkinson, todavía hay mucho desconocimiento. Santos opina que es muy

importante recordar, en un día señalado, qué es la enfermedad de Parkinson y cómo puede llegar a repercutir en los pacientes y sus familias. **“Es una enfermedad frecuente y neurodegenerativa**, los síntomas van a progresar, y va a producir un empeoramiento progresivo del paciente, lo que va a afectar a su calidad de vida, a su autonomía, y también va a repercutir de forma negativa sobre su cuidador/a”, concluye el experto.

Para tratar de romper los mitos que rodean la enfermedad, la FEP ha lanzado la campaña **#PonUnaEtiquetaPositiva**. A través de ella, pretende “promover un cambio en la percepción y estereotipos sobre el párkinson”.

En este artículo han colaborado con sus superpoderes el maldito Moisés García Arencibia, bioquímico y biólogo molecular.

Gracias a vuestros superpoderes, conocimientos y experiencia podemos luchar más y mejor contra la mentira. La comunidad de Maldita.es sois imprescindibles para parar la desinformación. Ayúdanos en esta batalla: [mándanos los bulos que te lleguen a nuestro servicio de Whatsapp](#), [préstanos tus superpoderes](#), [difunde nuestros desmentidos](#) y [hazte Embajador](#).

Categorías

ENFERMEDADES
Primera fecha de publicación de este artículo: 11/04/2021

Recursos utilizados

EXPERTOS

SUPERPODERES

LITERATURA CIENTÍFICA



preocupante 15% que tienen menos de 50 años.

Demencia: A qué edad empieza, cuáles son los primeros síntomas y cómo prevenirla

Rebeca Gil

Los síntomas más habituales, y conocidos por todos, son:

- Temblor de reposo
- Rigidez
- Pérdida de habilidad
- Rapidez para realizar funciones motoras
- Trastornos posturales y/o trastorno de la marcha.

El párkinson es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente en nuestro país / STADA

Sin embargo, hay ciertos **síntomas no motores, y que empiezan 5-10 años antes** del diagnóstico, que son marcadores precoces del párkinson.

Así lo explica la **doctora María José Martí**, directora de la Unidad de Párkinson y Trastornos del Movimiento del **Hospital Clínic de Barcelona**, coincidiendo con el **Día Mundial del Parkinson**:

“Es importante saber que hay algunos síntomas que se dan muchos antes de que empiecen los típicos temblores”.

PUBLICIDAD

Y esos síntomas son:

- Estreñimiento. La Sociedad Española de Neurología calcula que “puede aparecer a lo largo de la evolución de la enfermedad hasta en el 80% de los pacientes”.
- Depresión. Síntomas como la ansiedad o la depresión, en cambio, son más frecuentes en las mujeres que en los hombres con párkinson.
- Pérdida del olfato.



Y es que, como señala la especialista a este portal:

- "La gente se da cuenta solo si tiene temblor o dificultad para caminar, y no le da importancia a este tipo de síntomas que pueden predecir la enfermedad de Parkinson".

También es conveniente resaltar que entre un "30-40% de los casos, los pacientes no presentan temblor", que es el síntoma más característico de esta patología, la **segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente**, después de la enfermedad de Alzheimer.

Los temblores son el síntoma más habitual del párkinson, pero no es el único que debe alertarnos / ABBVIE - ARCHIVO

La importancia de la detección precoz

La detección precoz del párkinson, como ocurre con el resto de enfermedades neurodegenerativas, es uno de los pilares fundamentales para el buen funcionamiento de los tratamientos.

- "La urgencia es detectarla lo antes posible y, sobre todo, las personas que están en riesgo de padecer alguna de estas patologías".

Por eso, la doctora Martí lidera una investigación que tiene como objetivo identificar a las personas con un alto riesgo de padecer enfermedades neurodegenerativas, como es el caso del párkinson.

Así, se podría iniciar una terapia lo antes posible y anticiparse incluso a la aparición de los síntomas motores de esta enfermedad "crónica y progresiva".

A través de esta encuesta ([que se puede realizar en el siguiente enlace](#)) se pretende obtener información de las **fases más iniciales** de la enfermedad de Parkinson para ralentizar, detener o incluso invertir el proceso. Y es muy recomendable participar, porque con muy poco esfuerzo podemos ayudar a la ciencia y a los posibles pacientes.



En la actualidad, tal y como resalta la doctora Marín, no existe ningún fármaco que revierta o ralentice la enfermedad.

- "Solo tenemos tratamientos para mejorar los síntomas: temblor, cómo hablan, el movimiento, caminar... Pero no paran el avance de la enfermedad. Y es lo que queremos, porque a la larga se van sumando problemas que empeoran la calidad de vida".

Atentos a la báscula: Este es el riesgo que tienes de sufrir Alzheimer, según el peso

Rafa Sardiña

¿Cuál es el origen de la enfermedad de Parkinson?

Todo apunta a que el desarrollo de esta enfermedad neurodegenerativa tiene que ver con una combinación de factores de riesgo que no se pueden modificar: envejecimiento y factores genéticos.

Firma de James Parkinson en una carta de 1818 al Sr. Percival, tal y como se conserva en los Archivos de la Sociedad Histórica Natural y Arqueológica de Wiltshire / [HTTPS://COMMONS.WIKIMEDIA.ORG/WIKI/FILE: AUTHOR-.WHISPYHISTORY,-LICENSING%5BEDIT](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Author-WhispyHistory,-licensing%5BEDIT)

No obstante, el **doctor Javier Pagonabarraga**, coordinador del Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento de la Sociedad Española de Neurología, aclara que:

- "La exposición a ciertos factores ambientales podría incrementar o disminuir el riesgo del Parkinson, pero el conocimiento de estos factores aún no es lo suficientemente amplio y se han encontrado resultados contradictorios en muchos estudios".

Una enfermedad cuyo manejo no es sencillo, puntualiza el doctor, dado "los numerosos síntomas motores y no motores que conlleva, junto con las diversas complicaciones que pueden surgir".



Iniciar sesión.



Email / Usuario



Contraseña

ACCEDER



Recuérdeme

[Crear una cuenta](#) ; [Recordar contraseña?](#)

La SEN presenta el manual "Recomendaciones para el Abordaje de Estudios Genéticos en Trastornos del Movimiento, Ataxias y Paraparesias"

Neurología / Experts / 14 Abril 2023



23/03/2023

El Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento de la Sociedad Española de Neurología (SEN) junto con la Comisión de Estudio de Ataxias y Paraparesias Espásticas Degenerativas de la SEN acaban de publicar el manual "Recomendaciones para el Abordaje de Estudios Genéticos en Trastornos del Movimiento, Ataxias y Paraparesias".

Se trata de un trabajo que busca convertirse en una herramienta útil para la práctica diaria del clínico con el objetivo de orientarle, desde un punto de vista genético, en los estudios etiológicos que permiten obtener diagnósticos finales.

"El desarrollo de las técnicas de identificación de factores genéticos ha ampliado enormemente el conocimiento de la etiología de las enfermedades y sus mecanismos fisiopatológicos. Debido a la rápida expansión de las técnicas de secuenciación de última generación, el campo de la genética en Neurología se ha extendido considerablemente. Y con la identificación de nuevos genes asociados a enfermedades o que aumentan el riesgo de sufrir ciertos trastornos, el abordaje del diagnóstico genético de los pacientes se complica", explica la Dra. Silvia Jesús, coordinadora del Manual junto con el Dr. Diego Santos.

"Puesto que, en un futuro, el tratamiento de algunas enfermedades neurodegenerativas podría ir dirigido a utilizar terapias más específicas dependiendo de ciertas variantes patogénicas, como por ejemplo se está empezando a ver en la enfermedad de Parkinson, surgió la necesidad de realizar este Manual. El objetivo es que sirva de apoyo al neurólogo en su práctica clínica diaria y que pueda ayudarle en el diagnóstico de entidades de etiología genética", señala el Dr. Diego Santos.

Para ello, en los primeros capítulos del Manual, se abordan conceptos básicos de genética, tales como los tipos de variantes y su interpretación así como los estudios genéticos existentes para el genotipado y secuenciación. También se realiza una aproximación de los principales trastornos del movimiento (Parkinson, parkinsonismos, distonía, coreas o el síndrome de Tourette) y se marcan las pautas que deben dirigir el diagnóstico en casos de probable origen genético. Además, los dos últimos capítulos del Manual están destinados a explicar cómo abordar los estudios genéticos en ataxias y en paraparesias espásticas hereditarias.

Se puede consultar el manual "Recomendaciones para el Abordaje de Estudios Genéticos en Trastornos del Movimiento, Ataxias y Paraparesias" en:

<https://www.sen.es/profesionales/guias-y-protocolo...>

<https://www.vademecum.es/noticia-230323->



PUBLICIDAD

SOCIEDAD

El bombero de Navarra al que niegan la retirada

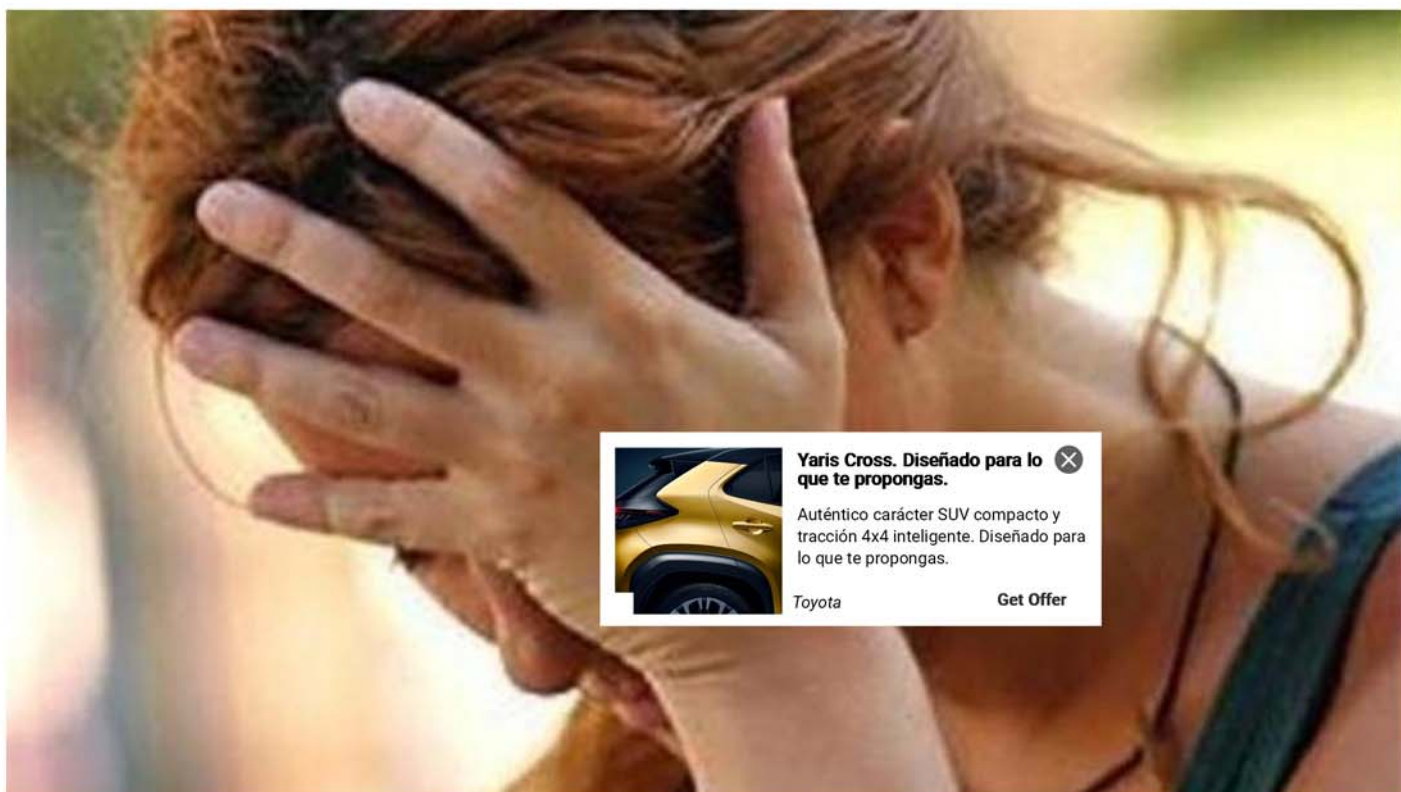
El dolor que machaca al 50% de la población

¿Sabía que hay hasta 200 tipos de dolor de cabeza? Aunque el 90% son benignos resultan muy incapacitantes y limitan mucho la vida diaria



Concha Lago / NTM

16-04-23 | 19:00



Las mujeres son las principales sufridoras de los dolores de cabeza conocidos popularmente como jaquecas. / EP

Karmele siente a menudo como si le martilleasen la sien. “A veces, el dolor va acompañado de pulsaciones y latidos, y resulta tan potente que es como si me estrujasen el cráneo”, describe gráficamente. El de Karmele es un caso habitual. **Ningún adulto se libra de sufrir cefalea o dolor de cabeza.** Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), prácticamente la mitad de la población (un 46%) **presenta algún tipo de cefalea**

hombres afirman también padecer o haber padecido jaquecas en algún momento.

Es por ello que la celebración, el próximo miércoles, día 19, del **Día Nacional de la Cefalea** no es una jornada menor ya que hablamos de la forma más frecuente de dolor en el ser humano. Sin embargo, su frecuencia lo convierte en algo subestimado a menudo porque se encuentra entre las dolencias menos diagnosticadas y peor tratadas.

El término cefalea hace referencia **“a cualquier dolor localizado en la región craneal, en la parte alta del cuello, o en las estructuras faciales y en la mitad superior de la cara”**. De acuerdo con el coordinador del Grupo de Cefalea de la SEN, Pablo Irimia, quienes la sufren suelen padecer además **“una hipersensibilidad aumentada a cualquier estímulo, como la luz, el ruido o los olores”**.

“La cefalea en racimos es la peor. Suele ser un dolor tan intenso que los pacientes lo describen como atroz”

Pablo Irimia - Grupo Cefaleas de la Soc. de Neurología

Existen más de 200 tipos, pero se dividen en tres grupos: cefaleas primarias, cuando el dolor no está asociado a ninguna lesión en el sistema nervioso; cefaleas secundarias, cuando se debe dichas lesiones o a otras enfermedades; y las neuralgias, cuando el dolor se localiza en el territorio de un nervio.

Dentro de las primarias hay tres tipos fundamentales, las más conocidas por la opinión pública. Son **la migraña, la cefalea tensional y la cefalea en racimos**. La más común de ellas, la migraña, es también muy incapacitante. Porque las migrañas, ese latigazo de dolor en plan vibrante o punzante, suelen ser las más recurrentes. No en vano, estos trastornos del sistema nervioso suponen la primera causa de discapacidad entre los 16 y los 49 años v
también el primer motivo de consulta en Atención Primaria x



Nuevo Jeep Avenger

Con 2 años de mantenimiento + 1 año adicional por compra online

Patrocinado por Jeep

¿Mejor ibuprofeno o paracetamol?

Analgésicos. El paracetamol e ibuprofeno son analgésicos que se utilizan de forma habitual e indistintamente para malestares como el dolor de cabeza, pero no son lo mismo. El primer compuesto tiene propiedades analgésicas y antipiréticas, por lo que alivia el dolor y baja la fiebre. Es más inocuo para el organismo y es un medicamento seguro, que pueden tomar embarazadas o personas con medicación. Hay que vigilarlo en personas con insuficiencia renal avanzada o en alcohólicos. En el caso del ibuprofeno, es un antiinflamatorio no esteroideo. Por lo que a las funciones de antipirético y analgésico se le suma el efecto antiinflamatorio, por lo que según la causa del dolor de cabeza, a veces puede ser más eficaz uno u otro.

“Suponen una gran barrera”

Desde la AEPAC (Asociación de Pacientes con Cefalea) sostienen que “las cefaleas no sólo son crisis dolorosas, son además en muchos casos dolores muy incapacitantes que **pueden llegar a imponer una importante barrera social y financiera para muchos afectados**”. Se refieren a que “los ataques repetidos de dolor de cabeza y, en algunas ocasiones, el temor constante a que aparezca la próxima crisis, consiguen romper la vida familiar, social y laboral”.

Con el agravante de que una cefalea mal tratada puede llegar a cronificarse. Pero no hay una receta común que sirva para todas porque cada dolor de cabeza tiene su propio tratamiento. Según la doctora Lucía Vidorreta, del hospital QuirónSalud siempre hay que hacerse está pregunta: “¿Tengo capacidad de aguantar esta molestia? Pues no me tomo nada. **Si cada vez que nos duele la cabeza tomamos algo, haremos que el cuerpo se acostumbre.** Es decir, si tomamos un analgésico 8 o 10 veces al mes, podemos provocar lo contrario, un rebote”. Y es que los especialistas consideran que hay algunos dolores de cabeza que nunca llegan a ser tan intensos cómo para necesitar medicación.

Una cefalea se convierte en algo serio y urgente cuando sube su intensidad o cuando es muy frecuente. Por ejemplo, “si tenemos más de 15 días al mes de dolor durante 3 meses seguidos debemos consultar con un especialista”. Los expertos suelen trabajar con pautas cortas de tratamientos, para ir viendo si está o no funcionando en el paciente; y encontrar el que mejor se le adapte y le reduzca los dolores. En el caso de que estos dolores no desanarezcan ni se reduzcan, se usan técnicas más invasivas con infiltraciones o incluso

utiliza el bótox.



IKEA.ES

Ordena tu ropa o tu cuarto, pero siempre a tu gusto

PATROCINADO POR IKEA

“Una cefalea es cualquier dolor localizado en la región craneal, el cuello, en la nuca, o en la mitad superior de la cara”

Cefalea en racimos, la peor

De todos los dolores de cabeza, la cefalea en racimos es la peor que alguien puede sufrir. Está considerado el dolor más fuerte que puede aguantar el ser humano sin perder la conciencia. Un 3% de la población la padece, mayoritariamente hombres, llegando a entre tres y cuatro casos de pacientes varones por cada paciente femenino. Los enfermos la describen como “un dolor insoportable, localizado detrás del ojo, y además va acompañada de congestión nasal, cambios de color en la piel, ojos rojos, o cambios en la pupila, todo ello, del mismo lado que el dolor”.

Este tipo de cefaleas **“impactan de manera muy notable en la calidad de vida de los pacientes, y pueden interferir en su vida laboral”**. De hecho, a muchos de los afectados les cuesta el empleo. Un informe de la Fundación del Cerebro pone de relieve que hasta un 36% de estos pacientes aseguran haber tenido que dejar su actividad profesional a causa de esta patología.

Según datos de la Sociedad de Neurología cerca de 50.000 personas padecen en España cefalea en racimos, uno de los males más invalidantes. “Suele tener una duración relativamente breve, pero el dolor se experimenta de forma tan aguda, que los pacientes lo describen como atroz o insoportable”, explica Pablo Irimia.

Otra característica que la define es que se suele presentar casi siempre a la misma hora, con un predominio vespertino y/o nocturno en el 73% de los casos, y con frecuencia las crisis ocurren en determinadas épocas del año, sobre todo con los cambios de estación **al inicio de la primavera o al final del otoño**. Y si bien la gran mayoría de los pacientes la experimentan de forma episódica -es decir, se combinan periodos amplios de remisión, junto con períodos sintomáticos-, en un 20% de los casos, la cefalea en racimos se puede cronificar.



“La cefalea en racimos es posiblemente unos de los tipos de dolor de cabeza más infradiagnosticados de España. En primer lugar porque los periodos de remisión pueden ser tan amplios que en los primeros años de la enfermedad, no se llega a consultar con un especialista”, comenta Irimia. “Pero además es un dolor de cabeza en el que, a pesar de tener unas características tan específicas, **más del 57% de pacientes reciben diagnósticos previos erróneos**”.

Actualmente, en España, se diagnostican unos 1.000 nuevos casos. Pero aun así, puede haber hasta más de tres años de retraso en el diagnóstico. “La principal consecuencia de no tener un diagnóstico es que, al no poder acceder al control y al tratamiento adecuados para esta enfermedad, las crisis cada vez serán más habituales y se tenderá a la cronificación. Y cuando los pacientes tienen ya una cefalea en racimos crónica, su enfermedad no solo será mucho más discapacitante, sino que además responderán peor a los medicamentos”, señala Irimia.

En cifras

15 días al mes

Cefaleas. La Sociedad Española de Neurología estima que el 4% de la población española sufre algún tipo de cefalea primaria de forma crónica, lo que significa que casi dos millones de ciudadanos experimentan dolor de cabeza más de 15 días al mes.

40%

Automedicación. LA SEN afirma que cerca del 50% de los pacientes con cefalea se automedica con analgésicos sin receta y, pese a su prevalencia, más de un 40% con dolores recurrentes están sin diagnosticar.

Menores de 50

Con migrañas. La migraña es la principal causa de discapacidad en menores de 50 años. Se trata de una afección que es especialmente prevalente entre las mujeres ya que hasta el 2% de las mujeres españolas cumple con criterios de migraña crónica.

TEMAS Neurología - Mujeres - Migrañas

TE RECOMENDAMOS





PUBLICIDAD

El dolor que machaca al 50% de la población

¿Sabía que hay hasta 200 tipos de dolor de cabeza? Aunque el 90% son benignos resultan muy incapacitantes y limitan mucho la vida diaria

PUBLICIDAD



Concha Lago / NTM

16-04-23 | 19:00



Las mujeres son las principales sufridoras de los dolores de cabeza conocidos popularmente como jaquecas. / EP



color va acompañado de pulsaciones y ruidos, y resulta tan potente que es como si me estrujasen el cráneo”, describe gráficamente. El de Karmele es un caso habitual. **Ningún adulto se libra de sufrir cefalea o dolor de cabeza.** Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), prácticamente la mitad de la población (un 46%) **presenta algún tipo de cefalea activa.** De hecho, son las mujeres (hasta en un 99%) las que más la sufren y un 89% de los hombres afirman también padecer o haber padecido jaquecas en algún momento.

Es por ello que la celebración, el próximo miércoles, día 19, del **Día Nacional de la Cefalea** no es una jornada menor ya que hablamos de la forma más frecuente de dolor en el ser humano. Sin embargo, su frecuencia lo convierte en algo subestimado a menudo porque se encuentra entre las dolencias menos diagnosticadas y peor tratadas.

El término cefalea hace referencia **“a cualquier dolor localizado en la región craneal, en la parte alta del cuello, o en las estructuras faciales y en la mitad superior de la cara”.** De acuerdo con el coordinador del Grupo de Cefalea de la SEN, Pablo Irimia, quienes la sufren suelen padecer además **“una hipersensibilidad aumentada a cualquier estímulo, como la luz, el ruido o los olores”.**



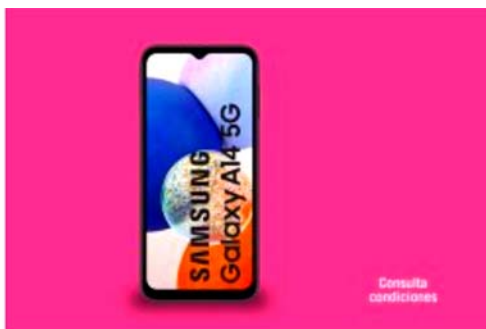


intenso que los pacientes lo describen como atroz”

Pablo Irimia - Grupo Cefaleas de la Soc. de Neurología

Existen más de 200 tipos, pero se dividen en tres grupos: cefaleas primarias, cuando el dolor no está asociado a ninguna lesión en el sistema nervioso; cefaleas secundarias, cuando se debe dichas lesiones o a otras enfermedades; y las neuralgias, cuando el dolor se localiza en el territorio de un nervio.

Dentro de las primarias hay tres tipos fundamentales, las más conocidas por la opinión pública. Son **la migraña, la cefalea tensional y la cefalea en racimos**. La más común de ellas, la migraña, es también muy incapacitante. Porque las migrañas, ese latigazo de dolor en plan vibrante o punzante, suelen ser las más recurrentes. No en vano, estos trastornos del sistema nervioso suponen la primera causa de discapacidad entre los 16 y los 49 años y también el primer motivo de consulta en Atención Primaria.



¡Deseo concedido!

Tu Samsung Galaxy A14 5G
gratis contratando la Sinfín GB
Infinitos

Patrocinado por Yoigo

¿Mejor ibuprofeno o paracetamol?

Analgésicos. El paracetamol e ibuprofeno son analgésicos que se utilizan de forma habitual e indistintamente para malestares como el dolor de cabeza, pero no son lo mismo. El primer compuesto tiene propiedades analgésicas y antipiréticas, por lo que alivia el dolor y baja la fiebre. Es más inocuo para el organismo y es un medicamento seguro, que pueden tomar embarazadas o personas con medicación. Hay que vigilarlo en personas con insuficiencia





del dolor de cabeza, a veces puede ser más eficaz uno u otro.

“Suponen una gran barrera”

Desde la AEPAC (Asociación de Pacientes con Cefalea) sostienen que “las cefaleas no sólo son crisis dolorosas, son además en muchos casos dolores muy incapacitantes que **pueden llegar a imponer una importante barrera social y financiera para muchos afectados**”. Se refieren a que “los ataques repetidos de dolor de cabeza y, en algunas ocasiones, el temor constante a que aparezca la próxima crisis, consiguen romper la vida familiar, social y laboral”.

Con el agravante de que una cefalea mal tratada puede llegar a cronificarse. Pero no hay una receta común que sirva para todas porque cada dolor de cabeza tiene su propio tratamiento. Según la doctora Lucía Vidorreta, del hospital QuirónSalud siempre hay que hacerse esta pregunta: “¿Tengo capacidad de aguantar esta molestia? Pues no me tomo nada. **Si cada vez que nos duele la cabeza tomamos algo, haremos que el cuerpo se acostumbre**. Es decir, si tomamos un analgésico 8 o 10 veces al mes, podemos provocar lo contrario, un rebote”. Y es que los especialistas consideran que hay algunos dolores de cabeza que nunca llegan a ser tan intensos como para necesitar medicación.

Una cefalea se convierte en algo serio y urgente cuando sube su intensidad o cuando es muy frecuente. Por ejemplo, “si tenemos más de 15 días al mes de dolor durante 3 meses seguidos debemos consultar con un especialista”. Los expertos suelen trabajar con pautas cortas de tratamientos, para ir viendo si está o no funcionando en el paciente; y encontrar el que mejor se le adapte y le reduzca los dolores. En el caso de que estos dolores no desaparezcan ni se reduzcan, se usan técnicas más invasivas con infiltraciones o incluso se utiliza el bótox.





PATROCINADO POR PEUGEOT

“Una cefalea es cualquier dolor localizado en la región craneal, el cuello, en la nuca, o en la mitad superior de la cara”

Cefalea en racimos, la peor

De todos los dolores de cabeza, la cefalea en racimos es la peor que alguien puede sufrir. Está considerado el dolor más fuerte que puede aguantar el ser humano sin perder la conciencia. Un 3% de la población la padece, mayoritariamente hombres, llegando a entre tres y cuatro casos de pacientes varones por cada paciente femenino. Los enfermos la describen como “un dolor insoportable, localizado detrás del ojo, y además va acompañada de congestión nasal, cambios de color en la piel, ojos rojos, o cambios en la pupila, todo ello, del mismo lado que el dolor”.

Este tipo de cefaleas **“impactan de manera muy notable en la calidad de vida de los pacientes, y pueden interferir en su vida laboral”**. De hecho, a muchos de los afectados les cuesta el empleo. Un informe de la Fundación del Cerebro pone de relieve que hasta un 36% de estos pacientes aseguran haber tenido que dejar su actividad profesional a causa de esta patología.

Según datos de la Sociedad de Neurología cerca de 50.000 personas padecen en España cefalea en racimos, uno de los males más invalidantes. **“Suele tener una duración relativamente breve, pero el dolor se experimenta de forma tan aguda, que los pacientes lo describen como atroz o insoportable”** explica Pablo Irimia





casos, y con frecuencia las crisis ocurren en determinadas épocas del año, sobre todo con los cambios de estación **al inicio de la primavera o al final del otoño**. Y si bien la gran mayoría de los pacientes la experimentan de forma episódica –es decir, se combinan periodos amplios de remisión, junto con períodos sintomáticos–, en un 20% de los casos, la cefalea en racimos se puede cronificar.

“La cefalea en racimos es posiblemente unos de los tipos de dolor de cabeza más infradiagnosticados de España. En primer lugar porque los periodos de remisión pueden ser tan amplios que en los primeros años de la enfermedad, no se llega a consultar con un especialista”, comenta Irimia. “Pero además es un dolor de cabeza en el que, a pesar de tener unas características tan específicas, **más del 57% de pacientes reciben diagnósticos previos erróneos**”.

Actualmente, en España, se diagnostican unos 1.000 nuevos casos. Pero aun así, puede haber hasta más de tres años de retraso en el diagnóstico. “La principal consecuencia de no tener un diagnóstico es que, al no poder acceder al control y al tratamiento adecuados para esta enfermedad, las crisis cada vez serán más habituales y se tenderá a la cronificación. Y cuando los pacientes tienen ya una cefalea en racimos crónica, su enfermedad no solo será mucho más discapacitante, sino que además responderán peor a los medicamentos”, señala Irimia.

En cifras

15 días al mes

Cefaleas. La Sociedad Española de Neurología estima que el 4% de la población española sufre algún tipo de cefalea primaria de forma crónica, lo que significa que casi dos millones de ciudadanos experimentan dolor de cabeza más de 15 días al mes.

40%





Menores de 50

Con migrañas. La migraña es la principal causa de discapacidad en menores de 50 años. Se trata de una afección que es especialmente prevalente entre las mujeres ya que hasta el 2% de las mujeres españolas cumple con criterios de migraña crónica.

TEMAS Neurología - Mujeres

TE RECOMENDAMOS



ACTUALIDAD

El dolor de cabeza machaca al 50% de la población

¿Sabía que hay hasta 200 tipos de dolor de cabeza? Aunque el 90% son benignos resultan muy incapacitantes y limitan mucho la vida diaria



Las mujeres son las principales sufridoras de los dolores de cabeza conocidos popularmente como jaquecas.



CONCHA LAGO | NTM

hace 16 horas 6 min de lectura



Karmele siente a menudo como si le martilleasen la sien. "A veces, el dolor va acompañado de pulsaciones y latidos, y resulta tan potente que es como si me estrujasen el cráneo", describe gráficamente. El de Karmele es un caso habitual. **Ningún adulto se libra de sufrir cefalea o dolor de cabeza.** Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), prácticamente la mitad de la población (un 46%) **presenta algún tipo de cefalea activa.** De hecho, son las mujeres (hasta en un 99%) las que más la sufren y un 89% de los hombres afirman también padecer o haber padecido jaquecas en algún momento.

Es por ello que la celebración, el próximo miércoles, día 19, del **Día Nacional de la Cefalea** no es una jornada menor ya que hablamos de la forma más frecuente de dolor en el ser humano. Sin embargo, su frecuencia lo convierte en algo subestimado a menudo porque se encuentra entre las dolencias menos diagnosticadas y peor tratadas.

El término cefalea hace referencia "**a cualquier dolor localizado en la región craneal, en la parte alta del cuello, o en las estructuras faciales y en la mitad superior de la cara**". De acuerdo con el coordinador del Grupo de Cefalea de la SEN, Pablo

Irimia, quienes la sufren suelen padecer además "una hipersensibilidad aumentada a cualquier estímulo, como la luz, el



EN DIRECTO 11:00 - 13:00
Onda Vasca con Kike Alonso

pacientes lo describen como atroz”

Pablo Irimia - Grupo Cefaleas de la Soc. de Neurología

Existen más de 200 tipos, pero se dividen en tres grupos: cefaleas primarias, cuando el dolor no está asociado a ninguna lesión en el sistema nervioso; cefaleas secundarias, cuando se debe dichas lesiones o a otras enfermedades; y las neuralgias, cuando el dolor se localiza en el territorio de un nervio.

Dentro de las primarias hay tres tipos fundamentales, las más conocidas por la opinión pública. Son **la migraña, la cefalea tensional y la cefalea en racimos**. La más común de ellas, la migraña, es también muy incapacitante. Porque las migrañas, ese latigazo de dolor en plan vibrante o punzante, suelen ser las más recurrentes. No en vano, estos trastornos del sistema nervioso suponen la primera causa de discapacidad entre los 16 y los 49 años y también el primer motivo de consulta en Atención Primaria.

¿Mejor ibuprofeno o paracetamol?

Analgésicos. El paracetamol e ibuprofeno son analgésicos que se utilizan de forma habitual e indistintamente para malestares como el dolor de cabeza, pero no son lo mismo. El primer compuesto tiene propiedades analgésicas y antipiréticas, por lo que alivia el dolor y baja la fiebre. Es más inocuo para el organismo y es un medicamento seguro, que pueden tomar embarazadas o personas con medicación. Hay que vigilarlo en personas con insuficiencia renal avanzada o en alcohólicos. En el caso del ibuprofeno, es un antiinflamatorio no esteroideo. Por lo que a las funciones de antipirético y analgésico se le suma el efecto antiinflamatorio, por lo que según la causa del dolor de cabeza, a veces puede ser más eficaz uno u otro.

“Suponen una gran barrera”

Desde la AEPAC (Asociación de Pacientes con Cefalea) sostienen que “las cefaleas no sólo son crisis dolorosas, son además en muchos casos dolores muy incapacitantes que **pueden llegar a imponer una importante barrera social y financiera para muchos afectados**”. Se refieren a que “los ataques repetidos de dolor de cabeza y, en algunas ocasiones, el temor constante a que aparezca la próxima crisis, consiguen romper la vida familiar, social y laboral”.

Con el agravante de que una cefalea mal tratada puede llegar a cronificarse. Pero no hay una receta común que sirva para todas porque cada dolor de cabeza tiene su propio tratamiento. Según la doctora Lucía Vidorreta, del hospital QuirónSalud siempre hay que hacerse esta pregunta: “¿Tengo capacidad de aguantar esta molestia? Pues no me tomo nada. **Si cada vez que nos duele la cabeza tomamos algo, haremos que el cuerpo se acostumbre**. Es decir, si tomamos un analgésico 8 o 10 veces al mes, podemos provocar lo contrario, un rebote”. Y es que los especialistas consideran que hay algunos dolores de cabeza que nunca llegan a ser tan intensos como para necesitar medicación.

Una cefalea se convierte en algo serio y urgente cuando sube su intensidad o cuando es muy frecuente. Por ejemplo, “si tenemos más de 15 días al mes de dolor durante 3 meses seguidos debemos consultar con un especialista”. Los expertos suelen trabajar con pautas cortas de tratamientos, para ir viendo si está o no funcionando en el paciente; y encontrar el que mejor se le adapte y le reduzca los dolores. En el caso de que estos dolores no desaparezcan ni se reduzcan, se usan técnicas más invasivas con infiltraciones o incluso se utiliza el bótox.

“ Una cefalea es cualquier dolor localizado en la región craneal, el cuello, en la nuca, o en la mitad superior de la cara”



Cefalea en racimos, la peor

EN DIRECTO 11:00 - 13:00

Onda Vasca con Kike Alonso



hombres, llegando a entre tres y cuatro casos de pacientes varones por cada paciente femenino. Los enfermos la describen como "un dolor insoportable, localizado detrás del ojo, y además va acompañada de congestión nasal, cambios de color en la piel, ojos rojos, o cambios en la pupila, todo ello, del mismo lado que el dolor".

Este tipo de cefaleas **"impactan de manera muy notable en la calidad de vida de los pacientes, y pueden interferir en su vida laboral"**. De hecho, a muchos de los afectados les cuesta el empleo. Un informe de la Fundación del Cerebro pone de relieve que hasta un 36% de estos pacientes aseguran haber tenido que dejar su actividad profesional a causa de esta patología.

Según datos de la Sociedad de Neurología cerca de 50.000 personas padecen en España cefalea en racimos, uno de los males más invalidantes. "Suele tener una duración relativamente breve, pero el dolor se experimenta de forma tan aguda, que los pacientes lo describen como atroz o insoportable", explica Pablo Irimia.

Otra característica que la define es que se suele presentar casi siempre a la misma hora, con un predominio vespertino y/o nocturno en el 73% de los casos, y con frecuencia las crisis ocurren en determinadas épocas del año, sobre todo con los cambios de estación **al inicio de la primavera o al final del otoño**. Y si bien la gran mayoría de los pacientes la experimentan de forma episódica -es decir, se combinan periodos amplios de remisión, junto con periodos sintomáticos-, en un 20% de los casos, la cefalea en racimos se puede cronificar.

"La cefalea en racimos es posiblemente unos de los tipos de dolor de cabeza más infradiagnosticados de España. En primer lugar porque los periodos de remisión pueden ser tan amplios que en los primeros años de la enfermedad, no se llega a consultar con un especialista", comenta Irimia. "Pero además es un dolor de cabeza en el que, a pesar de tener unas características tan específicas, **más del 57% de pacientes reciben diagnósticos previos erróneos**".

Actualmente, en España, se diagnostican unos 1.000 nuevos casos. Pero aun así, puede haber hasta más de tres años de retraso en el diagnóstico. "La principal consecuencia de no tener un diagnóstico es que, al no poder acceder al control y al tratamiento adecuados para esta enfermedad, las crisis cada vez serán más habituales y se tenderá a la cronificación. Y cuando los pacientes tienen ya una cefalea en racimos crónica, su enfermedad no solo será mucho más discapacitante, sino que además responderán peor a los medicamentos", señala Irimia.

En cifras

15 días al mes

Cefaleas. La Sociedad Española de Neurología estima que el 4% de la población española sufre algún tipo de cefalea primaria de forma crónica, lo que significa que casi dos millones de ciudadanos experimentan dolor de cabeza más de 15 días al mes.

40%

Automedicación. LA SEN afirma que cerca del 50% de los pacientes con cefalea se automedica con analgésicos sin receta y, pese a su prevalencia, más de un 40% con dolores recurrentes están sin diagnosticar.

Menores de 50

Con migrañas. La migraña es la principal causa de discapacidad en menores de 50 años. Se trata de una afección que es especialmente prevalente entre las mujeres ya que hasta el 2% de las mujeres españolas cumple con criterios de migraña crónica.

ETIQUETAS

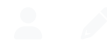
[Mujeres](#)[Neurología](#)

Noticias Relacionadas



EN DIRECTO 11:00 - 13:00

Onda Vasca con Kike Alonso



MENU

PUBLICIDAD



Buscar



Compartir

Me Gusta 0

Comentar 0

PUBLICAR

Actualidad y Artículos | Neuropsiquiatria

Noticia | 14/04/2023

Las enfermedades neurológicas acaparan ya el 11 % de la investigación biomédica-

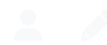


Área temática: Neuropsiquiatria

Seguir 8

La investigación biomédica ha puesto el foco en las enfermedades neurológicas, que actualmente concentran el 11 por ciento de los esfuerzos innovadores. En total, son 699 los productos bajo investigación en el área neurológica, según los datos de Iqvia. En concreto, **el Parkinson es, tras el Alzheimer, una de las enfermedades neurológicas que acapara más investigación biomédica a nivel global.**

Así se desprende del último informe de Tendencias globales en I+D publicado por la consultora Iqvia en febrero de 2023. El Parkinson se caracteriza por la degeneración de las neuronas en la sustancia negra del cerebro, cuya



embargo, la afección no es únicamente motora, existen otros síntomas que van desde la depresión a los trastornos cognitivos, el dolor o problemas de deglución, según los datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN)

Investigación biomédica en enfermedades neurológicas

Así, y con datos de 2022, hay 96 productos bajo investigación con el fin de tratar esta patología crónica y progresiva, que afecta a más de siete millones de personas en todo el mundo y que el 11 de abril celebra su Día Mundial.

En España, desde 2018 los datos del Registro Español de Estudios Clínicos (REEC) recogen **45 ensayos enfocados a tratar el Parkinson**. Estos ensayos clínicos son fundamentales para muchos pacientes con enfermedades neurológicas. No obstante, gracias a ellos pueden acceder a medicamentos innovadores de forma temprana y mejorar su calidad de vida.

Cabe recordar que, en nuestro país, se estima que son unas 150.000 las personas afectadas de Parkinson. Sin embargo, hasta un tercio de los nuevos casos está sin diagnosticar. Son datos de la SEN, que advierte de que el aumento de la esperanza de vida hace prever que la incidencia se triplique en los próximos 30 años.

Palabras clave: investigación, neurología, biomédica

Url corta de esta página: <http://psiqu.com/2-70322>

Comentarios de los usuarios

AÑADIR COMENTARIO

No hay ningún comentario, se el primero en comentar

Notas de Prensa

Cita telefónica

Las cefaleas son la primera causa de discapacidad entre los 16 y los 49 años Tu experiencia nos importa

La Unidad de Cefaleas de la Fundación Jiménez Díaz es referente en Madrid en el abordaje y tratamiento especializado e integral de esta patología



14 de abril de 2023 / Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz



- Pese a que son también el primer motivo de visita a los servicios de Neurología, se calcula que solo el 40% de los afectados lo consulta con su neurólogo
- La Unidad de Cefaleas de la Fundación Jiménez Díaz atiende todo tipo de cefaleas y dolores neuropáticos cráneo-faciales, gracias a la disponibilidad de cuatro neurólogos, una enfermera especializada y un Hospital de Día propio, y suma a su actividad asistencial actividad docente e investigadora

Los dolores de cabeza o cefaleas, son la primera causa de discapacidad entre los 16 y los 49 años y, en efecto, también el primer motivo de consulta en los servicios de Neurología. Estos datos de incidencia son muestra del impacto que genera este trastorno del sistema nervioso, afectando de forma muy significativa la calidad de vida de quienes lo padecen, e impactando notablemente en su vida familiar, social y laboral.

Como explica el **Dr. Jaime Samuel Rodríguez Vico**, responsable de la Unidad de Cefaleas del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz y especialista de su Servicio de Neurología, "solo el 40 por ciento de las personas que padecen esta patología lo consultan con su neurólogo, y el promedio de tiempo para alcanzar un diagnóstico correcto supera los seis años", lo que da lugar a un tiempo largo durante el cual el paciente no puede seguir un tratamiento acorde a sus necesidades.

Sumado a esto, el especialista alerta de que "solo una cuarta parte de los pacientes tiene prescrita la administración de triptanes, el tratamiento sintomático más específico para tratar la crisis de migraña; y únicamente el 13 por ciento recibe el tratamiento preventivo necesario para reducir la frecuencia, duración e intensidad de las crisis".

Estos datos ponen en relieve la urgencia de una mejora en el manejo y tratamiento de las cefaleas y, en este sentido, el **Dr. Rodríguez Vico** señala la necesidad de que existan centros que garanticen una asistencia -y también una actividad investigadora y docente- de calidad en esta patología, ya sea a través de consultas monográficas o de unidades de cefaleas, ya que existen algunas diferencias entre ambas fórmulas en cuanto a equipamiento y dedicación.

Así, si bien todos los centros deben cumplir una serie de criterios, "las unidades de cefaleas se diferencian en que deben tener más de un neurólogo (y al menos uno de ellos con dedicación exclusiva) frente al especialista único necesario en la consulta monográfica; una frecuencia superior a los dos módulos de consulta por semana dedicada a cefaleas -frente a uno, en el otro caso-; participar en estudios colaborativos nacionales (en las unidades de cefaleas, ensayos de investigación nacionales o internacionales); y acceso a una Unidad de Neurocirugía, además de a las correspondientes de Radiología, Psiquiatría, Fisioterapia, Otorrinolaringología, Cirugía Oral y Maxilofacial y Oftalmología, que sería preciso para ambas modalidades", expone el especialista.

La Fundación Jiménez Díaz es uno de hospitales que cumplen con los requisitos necesarios de una unidad de cefaleas y ha solicitado su certificación a la Sociedad Española de Neurología (actualmente, solo hay una certificada en España). Por eso, en la suya atiende todo tipo de cefaleas y dolores neuropáticos cráneo-faciales, gracias a la disponibilidad de cuatro neurólogos (uno de ellos en exclusividad), una enfermera especializada de lunes a viernes y un Hospital de Día propio. En el ámbito asistencial se realizan técnicas invasivas como tratamientos con toxina tipo A, bloqueos anestésicos cráneo-faciales e infiltraciones trocleares.

Pero, además de la asistencia, la Unidad de Cefaleas de la Fundación Jiménez Díaz tiene otros dos ejes de desarrollo: el docente y el investigador. "En nuestra unidad -explica el **Dr. Rodríguez Vico**- hay 13 módulos de cefalea a la semana y cuatro de Hospital de Día de Cefaleas, y en ella rotan estudiantes de la Universidad Autónoma de Madrid y residentes tanto de Medicina Familiar y Comunitaria como de la especialidad de Neurología". "En cuanto al área de investigación, participamos en estudios cooperativos nacionales e internacionales y, en la actualidad, tenemos cinco ensayos internacionales en marcha", concluye el neurólogo.

ENFERMERÍA (HTTPS://REVISTASANITARIADEINVESTIGACION.COM/CATEGORY/ENFERMERIA/)

Percepción de los pacientes con esclerosis múltiple del proceso terapéutico en el hospital clínico universitario de Zaragoza

15 abril 2023

AUTORES

1. Carmen Martín Gómez. Graduada en Enfermería. Servicio Aragonés de Salud. Hospital Universitario Miguel Servet.
2. Ana Álvarez Palá. Graduada en Enfermería. Servicio Aragonés de Salud. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.
3. Marta Moliner Moreno. Graduada en Enfermería. Servicio Aragonés de Salud. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.
4. Paula Vecillas Fernández. Graduada en Enfermería. Servicio Aragonés de Salud. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.
5. Ana Peña Romero de Tejada. Graduada en Enfermería. Servicio Aragonés de Salud. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.
6. Julia García Gubert. Graduada en Enfermería. Servicio Aragonés de Salud. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

RESUMEN

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad crónica, autoinmune, inflamatoria y desmielinizante del Sistema Nervioso Central. En España, es la segunda causa de discapacidad más frecuente en jóvenes de entre 20 y 40 años.

La incapacidad e incertidumbre que la enfermedad provoca supone un problema para los pacientes y en ocasiones aparecen síntomas de estrés, ansiedad y depresión.

Lo que se pretende con este estudio es conocer los sentimientos de estos pacientes y su percepción sobre la atención que reciben en las consultas con el fin de promover un mejor abordaje de estos pacientes, teniendo en cuenta los aspectos psicosociales y como consecuencia conseguir mejor calidad de vida.

La metodología que utilizaremos en este estudio es de corte cualitativo con un enfoque fenomenológico. Utilizaremos un muestreo de conveniencia y la recogida de información a través de entrevistas individuales con el fin de conocer y profundizar en las experiencias vividas de pacientes con EM.

PALABRAS CLAVE

Esclerosis múltiple, calidad de vida, impacto psicosocial, trastornos, ansiedad, depresión, salud mental, satisfacción del paciente.

ABSTRACT

Multiple sclerosis (MS) is a chronic, autoimmune, inflammatory and demyelinating disease of the Central Nervous System. In Spain, it is the second most frequent cause of disability in young people between 20 and 40 years old.

The disease causes disability and uncertainty, which is a problem for the patients due to the fact that symptoms like stress, anxiety and depression may arise.

The aim of this study is to know the feelings of these patients and their perception of the care they receive in the consultations in order to promote the approach to these patients taking into account the psychosocial aspects and as a consequence achieve a better quality of life.

The methodology that we will use in this qualitative study is phenomenological. We will use convenience sampling and the information collection method will be carried out through individual interviews in order to know and deepen the lived experiences of patients with MS.

KEY WORDS

Multiple sclerosis, quality of life, psychosocial impact, disorders, anxiety, depression, mental health, patient satisfaction.

INTRODUCCIÓN

La esclerosis múltiple es una enfermedad crónica del sistema nervioso central y de causa desconocida que afecta a 2,5 millones de personas en el mundo, a 700.000 personas en Europa y a más de 55.000 personas en España^{1,2}. Cada año se diagnostican alrededor de 2.000 nuevos casos en nuestro país, de los cuales, la gran mayoría pertenecen a personas que oscilan de entre los 20 y los 40 años predominando en mujeres. La EM tiene un gran impacto social, económico y sanitario. En España, seguido de la epilepsia, es la segunda enfermedad neurológica más frecuente entre los jóvenes y una enfermedad que

disminuye notablemente la calidad de vida si no se aplica tratamiento². En cuanto a la discapacidad, en España en 2017 se concedieron 2.458 incapacidades temporales y 616 incapacidades permanentes a pacientes con EM³.

Es una enfermedad autoinmune inflamatoria desmielinizante, causada por el daño a la vaina de mielina, esta vaina es la que protege a las neuronas y si se ve afectada los impulsos nerviosos disminuyen o se detienen provocando los diferentes síntomas de la enfermedad. La mayoría de los pacientes con EM presentan brotes, es una manifestación de la enfermedad achacable a una o varias lesiones en el SNC y puede ocurrir en horas o días. Le sigue una etapa de estabilización que suele durar de 7 a 15 días y por último la fase de mejoría, la cual puede ser parcial o total⁴.

Existen varios tipos clínicos según los brotes y la progresión de la enfermedad: (1) Recurrente Remitente (RR): en este tipo los pacientes sufren brotes y se recuperan totalmente o quedando alguna secuela. (2) Secundariamente Progresiva (SP): al inicio es remitente recurrente y con el tiempo se aprecia un deterioro sin sufrir brotes. (3) Primariamente Progresiva (PP): ausencia de brotes y progresión de la enfermedad desde el inicio con etapas más estables. (4) Progresiva Recidivante (PR): existen brotes y progresión de la enfermedad desde el inicio⁵.

El tratamiento farmacológico dependerá de la actividad de la enfermedad y de la fase en la que se encuentre el paciente. Los fármacos más utilizados hasta el momento han sido el interferón beta y el acetato de glatiramer, ambos son inyecciones subcutáneas o intramusculares autoadministradas. Por otro lado, encontramos otros dos cuya administración es intravenosa, natalizumab y alemtuzumab. Por último, existen varios cuya administración es de forma oral, fingomilod, dimetilfumarato y teriflunomida⁶.

Los síntomas que aparecen son diversos, tales como problemas de coordinación, fatiga, debilidad muscular, entumecimiento, sensación de hormigueo, incontinencia urinaria, diplopia, problemas de equilibrio, trastornos cognitivos, dificultad para memorizar y/o concentrarse, trastornos del habla, dolor y alteraciones sexuales entre otros⁷.

La incertidumbre de la enfermedad y todos los síntomas asociados a la patología afectan negativamente a estos pacientes, manifestando en muchos casos, trastornos de depresión y ansiedad. Estas, a su vez, tienen consecuencias y afectan a nivel social, familiar y laboral⁴. La prevalencia de la depresión asociada a la EM se encuentra entre un 37%-54% y la de la ansiedad oscila entre un 12%-40%, ambas según diversos autores se asocian al dolor y a la fatiga que sufren estos pacientes, pero todavía hay mucha controversia sobre el tema⁸.

Estudios previos ya inciden en la importancia de los factores psicosociales que rodean la enfermedad. Por ejemplo, un estudio realizado en 2007 por Edmonds P et al, pudo demostrar tras realizar entrevistas individuales a 23 sujetos con EM y 17 cuidadores, que existen problemas personales debido a los cambios que provoca la enfermedad⁹. Por otro lado, en 2020 Bass AD et al, realizaron una encuesta en diferentes países a pacientes con EM, en la que un 70,5% afirmaba que a pesar de mantener estable la enfermedad en el último año con el tratamiento farmacológico, la progresión de la enfermedad y la incertidumbre de su situación en un futuro era lo que más les preocupaba¹⁰.

En cuanto al tratamiento de los aspectos psicosociales según Cottrell L et al. en 2020, la planificación anticipada de la atención introduce un enfoque holístico centrado en el paciente y su familia. Esta práctica consiste en ayudar a estos pacientes a la toma de decisiones, compartir la atención que desearían tener y las metas que les gustaría lograr, independientemente de la edad y etapa de la enfermedad en la que se encuentren, pero hay que saber que esta práctica no se realiza en un día, sino que requiere de varias sesiones y diferentes profesionales¹¹.

En 2016 según Senders A et al, identificaron que las necesidades más relevantes para los pacientes eran de origen psicosocial, simplemente con el hecho de ser escuchados ya perciben que la atención se hace de manera más global. La causa fundamental de que no se atiendan estos aspectos se localiza en la falta de tiempo de los profesionales¹². Vermersch P et al en 2020, evidenciaron que la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes con EM es compleja, pero varios estudios han demostrado que es un problema que requiere esfuerzo y sensibilidad, ya que las vivencias negativas afectan a la evolución de la enfermedad y a la calidad de vida. Muchas de estas personas afirman que nunca han mantenido una conversación con sus médicos sobre la progresión de la EM y se ha podido demostrar el éxito del manejo de la enfermedad al tener en cuenta a los pacientes e involucrarnos en la toma de decisiones y dar la información que ellos necesitan para cubrir sus necesidades¹³. Otra de las causas que afecta negativamente a la progresión de la enfermedad es el estrés que causa esta patología, los autores Öz HS y Öz F en 2020 demostraron que con programas de psicoeducación se podía mejorar la capacidad de afrontar los problemas y reducir los niveles de estrés centrándose en las emociones de los pacientes¹⁴.

Los autores Bravo-González F y Álvarez Roldán A en 2019 llegaron a la conclusión tras un estudio orientado a comprender las vivencias de estas personas que el apoyo físico según estos pacientes y sus familiares no es suficiente, aseguran que no es necesaria una ayuda efectiva constante, pero si, poder disponer de ella para afrontar mejor la situación ya que ambas están muy relacionadas. Sienten que al padecer una enfermedad que no es visible y es desconocida no son comprendidos por los demás¹⁵.

Tras la revisión bibliográfica, concluimos que los pacientes con EM no solo necesitan tratamiento farmacológico, sino que también requieren medidas de atención y servicios que abarquen otros aspectos de la salud. Se debe considerar la satisfacción del paciente, de su estado emocional, social y laboral. En este sentido, en Alemania se han implementado servicios que realizan una atención integral para estos pacientes, ofreciendo programas de educación para poder atender sus necesidades¹⁶. Así mismo interesa evaluar la función cognitiva desde el inicio para detectar un posible deterioro y así poder ofrecer herramientas para trabajar todos estos aspectos, tanto los pacientes como sus familias¹⁷.

Los múltiples síntomas de la EM requieren de un equipo multidisciplinar, el papel de enfermería es esencial para la identificación y valoración de las necesidades de las personas con esta enfermedad, interviniendo en los aspectos biológicos, aspectos psicosociales, seguimiento del tratamiento, detección de efectos secundarios tales como la ansiedad y la depresión, autocuidado, necesidad de recursos de apoyo y estrategias adaptativas³.

JUSTIFICACIÓN

El padecimiento de esta patología en nuestro entorno cercano ha motivado nuestro interés por profundizar en esta enfermedad y sus pacientes. Conocer sus preocupaciones y miedos, la incertidumbre que la enfermedad supone, sus necesidades y la forma en que los servicios sanitarios atienden la complejidad de la EM.

Aunque existen estudios de corte cualitativo y cuantitativo que demuestran la importancia de tratar los aspectos concomitantes a la enfermedad, no

tenemos constancia de estudios que indaguen en la perspectiva subjetiva de los pacientes con EM. La bibliografía actual señala la importancia de abordar de manera integral a estos pacientes para cubrir sus necesidades.

La EM es una enfermedad que desde el comienzo puede incapacitar la vida de las personas que la padecen. Debido al deterioro progresivo físico y cognitivo puede desencadenar comorbilidades, muchas veces desconocidas tanto para los profesionales como para su entorno más cercano. En ocasiones se le atribuye el nombre de la “enfermedad de las mil caras” por los diversos síntomas que manifiestan.

Pensamos que es necesario abordar los aspectos orgánicos y farmacológicos, pero también la esfera emocional y relacional, ya que van a condicionar notablemente la evolución de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes. Todo esto justifica el interés por conocer cómo se sienten estos pacientes, identificar sus necesidades, el apoyo que reciben en las consultas y su percepción particular de cómo se abordan todas las dificultades que la enfermedad genera en su vida cotidiana.

La utilidad del estudio de este tema puede beneficiar no solo a las personas con EM y sus familiares, sino que también puede ayudar a los profesionales sanitarios de diferentes ramas a ampliar y mejorar su práctica profesional, con posibles intervenciones que contribuyan a evitar complicaciones emocionales y de este modo también disminuir gastos en el sistema sanitario, incrementando la eficacia clínica y el aprovechamiento de los recursos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

El objetivo principal de este estudio es conocer las experiencias subjetivas que tienen las personas diagnosticadas de EM acerca de la atención sanitaria que reciben.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Explorar las preocupaciones que presentan ante la enfermedad los pacientes con EM.
- Comprobar si existen síntomas emocionales que agraven la enfermedad.
- Conocer la valoración que hacen los pacientes con EM del abordaje terapéutico recibido en la consulta de enfermería del servicio que trata su enfermedad.
- Identificar si la atención proporcionada a los pacientes cubre las necesidades sentidas por los pacientes.

METODOLOGÍA

PERSPECTIVA TEÓRICO-METODOLÓGICA:

Presentamos un estudio de enfoque metodológico cualitativo, ya que nos permite comprender la situación desde el punto de vista de las personas que van a ser estudiadas y conocer lo que está sucediendo¹⁸. Usaremos el diseño fenomenológico, cuya base son las experiencias vividas respecto a un hecho en concreto, este tipo de investigación es capaz de incorporar los aspectos subjetivos y vivenciales del ser humano y esto se consigue conociendo sus experiencias mediante entrevistas y relatos¹⁹.

DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO O ESCENARIO DONDE SE DESARROLLA EL ESTUDIO:

El interés de este trabajo va dirigido a conocer a la población de las consultas de Neurología del sector III, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCU).

Esta unidad se encuentra en la 1ª planta del hospital y está compuesta por 4 consultas en las cuales tratan todo tipo de patologías relacionadas con esta rama. Consta de un equipo multidisciplinar formado por 11 neurólogos, 1 enfermera y 2 auxiliares, pero son dos de los neurólogos quienes atienden específicamente a los pacientes diagnosticados de EM.

Hace aproximadamente 2 años incluyeron en el equipo a una enfermera. Según ella misma nos explica, es la primera enfermera en Zaragoza que tiene su propia consulta específica de neurología trabajando de manera independiente con estos pacientes. Su tarea principal es revisar los resultados de las analíticas para comprobar si los pacientes cumplen con el tratamiento farmacológico y de esta manera lograr la adherencia al tratamiento, educación sanitaria que incluye tanto enseñar a los pacientes a administrarse las inyecciones durante la primera etapa de la enfermedad, como a fomentar hábitos de vida saludables para mejorar la eficacia del tratamiento farmacológico y lograr una mejor calidad de vida. También valora el nivel de ansiedad, depresión, fatiga y concentración a través de test o escalas.

La unidad dispone de una sala de reuniones donde se llevarán a cabo las entrevistas. Esta sala tiene aproximadamente 6 m², es muy luminosa y está apartada de todo tipo de estímulos externos que puedan influir en el bienestar de los participantes. En ella encontramos una mesa con varias sillas y un sillón para que los participantes del estudio estén lo más cómodos posible. Tendremos en cuenta la temperatura en el momento de la entrevista y la acondicionamos con lo necesario, también tendrán acceso a botellines de agua, pañuelos, folios y bolígrafos.

SELECCIÓN DE INFORMANTES Y ACCESO AL CAMPO:

En primer lugar, se solicitará el consentimiento al Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón (CEICA) (ANEXO I) y se enviará una carta al director del hospital en la cual se rogará su aprobación para comenzar con el estudio (ANEXO II).

Una vez obtenidos los permisos, accederemos al campo a través de la enfermera de la unidad. Será ella quien hará la función de portera y de investigadora colaboradora, captando a los participantes en la consulta de enfermería. Este estudio se efectuará mediante un muestreo de conveniencia, ya que permite seleccionar de manera intencionada a los pacientes disponibles, estableciendo unos criterios previos. Son participantes voluntarios o de fácil acceso para el investigador. No se conocerá de antemano el perfil de la población ni el tamaño final de la muestra, ya que se va a ir decidiendo a medida que se obtenga

nueva información.

Inicialmente la población de estudio estará formada por pacientes que hayan recibido el diagnóstico de EM como mínimo hace un año. Siguen tratamiento en las consultas de neurología del Hospital Clínico Lozano Blesa. Se encuentren entre los 18 y 60 años, y acepten voluntariamente participar en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado. Por el contrario, quedarán excluidos aquellos que se nieguen a recibir tratamiento farmacológico, tengan dificultad para comunicarse en castellano y no obtengamos su consentimiento.

La enfermera además de una explicación verbal les presentará un tríptico informativo (ANEXO III) en el que se resume de forma clara y breve lo que pretendemos conseguir y en qué consiste su participación. Una vez obtenga su aprobación y la persona exprese su motivación para formar parte de la investigación, solicitará que firme el consentimiento informado (ANEXO IV) comunicando que en todo momento sus datos serán confidenciales y anónimos.

Seguidamente, la enfermera se encargará de recoger los datos de los participantes y a continuación nos pondremos en contacto con ellos para comenzar el estudio.

La previsión de la duración de esta investigación desde que se solicita el consentimiento al CEICA hasta que finalice el informe final, será aproximadamente de 10 meses, desde el mes de mayo hasta el mes de febrero.

GENERACIÓN Y ESTRATEGIAS DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Para generar información se usarán entrevistas, para ello se ha diseñado un guión temático (ANEXO V) que introduce las dimensiones del estudio y están vinculadas a los objetivos. Estas cuestiones se definen en función de la bibliografía revisada y en consenso por el equipo investigador. El tipo de entrevistas serán individuales semiestructuradas, en este tipo de entrevistas determinaremos previamente las preguntas, pero la secuencia podrá variar según el participante y/o la situación. La investigadora en este caso tiene libertad para formular las preguntas abiertas y profundizar en alguna idea que pueda ser de interés o incorporar temas que puedan surgir en el desarrollo de la entrevista ²⁰. La duración estimada para cada entrevista será de 60 minutos.

En total habrá dos entrevistas por participante, ambas seguirán la misma línea hasta llegar a la saturación del discurso y se llevará a cabo en los meses de septiembre y octubre.

Las entrevistas se recogerán a través de una grabadora. Como instrumento de apoyo incluimos la técnica de observación para ello, dispondremos de un cuaderno de campo para anotar todos los datos de interés, aspectos de lenguaje no verbal, percepciones que la investigadora capte al hablar con ellos, reflexiones sobre lo que observamos con el fin de dejar registrado hasta el mínimo detalle y que pueda servir de ayuda a la hora de analizar los datos.

En la primera entrevista se les transmitirá nuestro agradecimiento por la participación en el estudio, se pedirá permiso para realizar las grabaciones de audio de las entrevistas, se aclarará cualquier duda que haya podido quedar sin resolver y se recordará que los datos son confidenciales. En la primera sesión las preguntas serán más personales para explorar sobre sus vivencias, el impacto ante el diagnóstico y conocer sus emociones y necesidades.

En la segunda entrevista lo que se pretende conocer es la percepción que tienen de los profesionales, la atención recibida y si sugieren algo para futuros cambios. En esta sesión se les volverá a agradecer su colaboración con el estudio y se les dejará la puerta abierta para futuras ocasiones.

La información se analizará basándonos en el esquema de análisis de contenido de Miles et al. (2013). Tras la generación de información nos dispondremos a realizar las transcripciones en el ordenador teniendo en cuenta las anotaciones del cuaderno de campo que se han registrado en cada una de las entrevistas. Se sustituirán los nombres de los participantes por números para preservar su anonimato.

Seguidamente, procederemos a realizar la codificación apoyándonos en el programa informático Atlas, el cual nos permite organizar la narración en categorías según las diferentes áreas temáticas y clasificar la información para poder analizarla con más facilidad. Se extraerán comentarios textuales que reflejan el sentido literal de la categoría determinada. Se irán haciendo comparaciones constantes con los datos previos, de modo que, estas agrupaciones temáticas den un sentido y reflejen cada uno de los aspectos relevantes que aparecen en las entrevistas. Por último, antes de dar por finalizado el informe se revisará y se entregará un informe con los datos obtenidos de las entrevistas a cada participante.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Al realizarse el estudio en un único servicio, las observaciones obtenidas podrían estar condicionadas por circunstancias propias de la unidad, por lo que los resultados no serán generalizables al resto de unidades de EM. Otra limitación que nos podemos encontrar a la hora de llevar a cabo el proyecto es la inexperiencia de las investigadoras que, a pesar de las estrategias de verificación, puede afectar a la calidad del estudio. La posibilidad de que los participantes no expresen sus sentimientos y pensamientos de forma clara o que oculten algún dato de interés al no tener confianza con la investigadora. Por último, la pérdida de participantes por abandono voluntario o como consecuencia del agravamiento de su enfermedad.

PLAN DE TRABAJO

El equipo de trabajo estará formado por 2 investigadoras, la principal y la enfermera de consultas de neurología que hará el papel de investigadora colaboradora y de portera.

CRONOGRAMA

Véase en anexos.

CRITERIOS DE CALIDAD Y CONSIDERACIONES ÉTICAS

Lo primero, se pedirá el permiso al Comité de Ética de la investigación de la Comunidad de Aragón (CEICA) para llevar a cabo el proyecto²¹. Una vez aprobado el proyecto, se solicitará permiso al director del HCU para captar a los pacientes necesarios en las consultas de neurología, por último, a los

participantes se les entregará el documento de consentimiento informado y lo devolverán perfectamente firmado y cumplimentado.

Se tendrá en cuenta la confidencialidad de los datos de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales²² y la Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos en Materia de Información y Documentación Clínica²³. Basándonos en estas leyes, la información obtenida por los participantes del estudio será confidencial y solamente podrán acceder a dicha información las investigadoras.

La calidad y rigurosidad se trabajarán a través de estrategias de triangulación, reflexividad y validación por parte de los informantes.

La triangulación se utilizará para profundizar y aumentar la perspectiva del estudio, indicando los criterios del fenómeno²⁴. Triangular supone que las entrevistas se analizarán de forma independiente y las áreas temáticas detectadas se consensuarán por el equipo de investigación.

Por otro lado, la reflexividad (bracketing) supone un proceso a través del cual, los investigadores analizan la influencia que su subjetividad y suposiciones pueden tener en la investigación²⁵. Finalmente, la validación por parte de los participantes consiste en tener la oportunidad de leer las transcripciones para que confirmen, modifiquen o matizen su aportación con objeto de evitar errores en la interpretación. Para garantizar el anonimato se utilizarán códigos identificativos con un número por participante.

PLAN DE RELEVANCIA

La realización de este estudio nos aportará información sobre la percepción que tienen los pacientes con EM de su enfermedad en cuanto a la atención que reciben en las consultas y los sentimientos que dicha patología les genera. De este modo, el estudio permitirá ayudar a los profesionales en las consultas de neurología a revisar los aspectos psicosociales relacionados con la EM y su influencia en la evolución y calidad de vida del paciente. En esta labor es esencial el papel de enfermería para la detección de síntomas no visibles de la enfermedad y así poder controlarlos y mejorarlos.

Para la difusión de este proyecto se propondrá llevar a cabo una sesión clínica con objeto de rentabilizar los hallazgos para mejorar la atención de los pacientes.

Se remitirá para su posible publicación en la revista del colegio oficial de enfermería de Zaragoza y la revista de la Asociación Española de Esclerosis Múltiple (AEDEM-COCEMFE).

También se presentará como comunicación en formato poster en las Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Neurología (SEN), así como en otras que se hagan a nivel internacional.

BIBLIOGRAFÍA

1. S.L.U 2021 Viguera Editores. Epidemiología de la esclerosis múltiple en España: Neurología.com [Internet]. [citado 2 de febrero de 2021]. Disponible en: <http://www.neurologia.com/articulo/2018477> (<http://www.neurologia.com/articulo/2018477>)
2. Médica G. Cada año se diagnostican unos 2.000 nuevos casos de esclerosis múltiple en España [Internet]. Gaceta Médica. 2020 [citado 2 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://gacetamedica.com/investigacion/cada-ano-se-> (<https://gacetamedica.com/investigacion/cada-ano-se-diagnostican-unos-2-000-nuevos-casos-de-esclerosis-multiple-en-espana/>) (<https://gacetamedica.com/investigacion/cada-ano-se-diagnostican-unos-2-000-nuevos-casos-de-esclerosis-multiple-en-espana/>)
3. SROI-EM. Impacto clínico, asistencial, económico y social del abordaje ideal de la esclerosis múltiple en comparación con el abordaje actual [Internet]. Weber. [citado 5 de febrero de 2021]. Disponible en: http://weber.org.es/publicacion/sroiem_impacto_clinico_asistencial_economico_social_escleroris_multiple/ (http://weber.org.es/publicacion/sroiem_impacto_clinico_asistencial_economico_social_escleroris_multiple/)
4. Esclerosis Múltiple [Internet]. [citado 2 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://aedem.org/esclerosis-m%C3%BAltiple> (<https://aedem.org/esclerosis-m%C3%BAltiple>)
5. Pericot I, Montalban X. Esclerosis múltiple. Med Integr [Internet]. 1 de junio de 2001 [citado 3 de febrero de 2021]; 38(1):18-24. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-esclerosis-> (<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-esclerosis-multiple-13015299>) (<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-esclerosis-multiple-13015299>)
6. Sornoza Palma IM, Beltrán Cevallos AM, Bravo Ávila RS, Mero Parrales KE, Rodríguez Delgado JM, Zambrano Zambrano J. Tratamiento a pacientes diagnosticados con esclerosis múltiple. RECIAMUC [Internet]. 24 de diciembre de 2020 [citado 25 de febrero de 2021];4(4):158-64. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/580> (<https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/580>)
7. FUNDACIÓN ARAGONESA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE [Internet]. [citado 19 de febrero de 2021]. Disponible en: http://www.fadema.org/com_historial.asp (http://www.fadema.org/com_historial.asp)
8. Olivares T, Hernández MA, Nieto A, Betancort M, Pérez Y, Barroso J. Depresión y ansiedad en la esclerosis múltiple. Revista Española de Esclerosis Múltiple. 1 de junio de 2009; 1:5-11.
9. Edmonds P, Vivat B, Burman R, Silber E, Higginson IJ. Loss and change: experiences of people severely affected by multiple sclerosis. Palliat Med. marzo de 2007; 21(2):101-7.
10. Bass AD, Van Wijmeersch B, Mayer L, Mäurer M, Boster A, Mandel M, et al. Effect of Multiple Sclerosis on Daily Activities, Emotional Well-being, and Relationships: The Global vsMS Survey. Int J MS Care. agosto de 2020;22(4):158-64
11. Cottrell L, Economos G, Evans C, Silber E, Burman R, Nicholas R, et al. A realist review of advance care planning for people with multiple sclerosis and their families. PLoS One [Internet]. 16 de octubre de 2020 [citado 2 de febrero de 2021]; 15(10). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7567361/> (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7567361/>)
12. Senders A, Sando K, Wabbeh H, Peterson A, Shinto L. Managing Psychological Stress in the MS Medical Visit: Patient Perspectives and Unmet Needs. J Health Psychol [Internet]. agosto de 2016 [citado 3 de febrero de 2021]; 21(8):1676-87. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4474779/> (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4474779/>)
13. Vermersch P, Shanahan J, Langdon D, Yeandle D, Alexandri N, Schipling S. Knowledge Is Power, but Is Ignorance Bliss? Optimising Conversations About Disease Progression in Multiple Sclerosis. Neurol Ther [Internet]. 20 de noviembre de 2019 [citado 2 de febrero de 2021];9(1):1-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7229099/> (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7229099/>)

14. Oz HS, Oz F. A psychoeducation program for stress management and psychosocial problems in multiple sclerosis. Nigerian Journal of Clinical Practice [Internet]. 11 de enero de 2020 [citado 2 de febrero de 2021]; 23(11):1598. Disponible en: <https://www.njcponline.com/article.asp?issn=1119-3077;year=2020;volume=23;issue=11;spage=1598;epage=1606;aulast=Oz;type=0> (<https://www.njcponline.com/article.asp?issn=1119-3077;year=2020;volume=23;issue=11;spage=1598;epage=1606;aulast=Oz;type=0>)
15. Bravo-González F, Álvarez-Roldán A. Esclerosis múltiple, pérdida de funcionalidad y género. Gaceta Sanitaria [Internet]. 1 de marzo de 2019 [citado 2 de febrero de 2021]; 33(2):177-84. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391117302662> (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391117302662>)
16. Becker V, Heesch V, Schuh K, Schieb H, Ziemssen T. Patient satisfaction and healthcare services in specialized multiple sclerosis centres in Germany. Ther Adv Neurol Disord [Internet]. 23 de enero de 2018 [citado 3 de febrero de 2021]; 11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5788086/> (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5788086/>)
17. Oreja-Guevara C, Ayuso Blanco T, Brieva Ruiz L, Hernández Pérez MÁ, Meca- Lallana V, Ramió-Torrentà L. Cognitive Dysfunctions and Assessments in Multiple Sclerosis. Front Neurol [Internet]. 4 de junio de 2019 [citado 2 de febrero de 2021]; 10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6558141/> (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6558141/>)
18. Castillo E. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia Médica. 2003; 34:5.
19. Guillen DEF. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propósitos y Representaciones. 2019; 7:15.
20. Díaz-Bravo L, Torruco-García U, Martínez-Hernández M, Varela-Ruiz M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación en educación médica [Internet]. septiembre de 2013 [citado 2 de marzo de 2021]; 2(7):162-7. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-50572013000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es (http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-50572013000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
21. Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón: CEICA [Internet]. IACS. [citado 25 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.iacs.es/investigacion/comite-de-etica-de-la-investigacion-de-aragon-ceica/> (<https://www.iacs.es/investigacion/comite-de-etica-de-la-investigacion-de-aragon-ceica/>)
22. BOE.es – Documento consolidado BOE-A-2018-16673 [Internet]. [citado 25 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673> (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>)
23. BOE.es – Documento consolidado BOE-A-2002-22188 [Internet]. [citado 25 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188> (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>)
24. Palacios-Ceña D, Corral Liria I. Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. Enferm Intensiva [Internet]. 1 de abril de 2010 [citado 15 de marzo de 2021]; 21(2):68-73. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-fundamentos-desarrollo-un-protocolo-investigacion-S1130239909000091> (<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-fundamentos-desarrollo-un-protocolo-investigacion-S1130239909000091>)
25. Calderón C. Criterios de calidad en la Investigación Cualitativa en Salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. Revista Española de Salud Pública [Internet]. octubre de 2002 [citado 15 de marzo de 2021]; 76(5):473-82. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272002000500009&lng=es&nrm=iso&tlng=es (http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272002000500009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

ANEXOS

CRONOGRAMA: El estudio se llevará a cabo a lo largo de 10 meses, entre los meses de mayo y febrero dividiéndose en las siguientes fases:

ACTIVIDADES	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb
1ª Fase										
Solicitud de permiso CEICA										
Solicitud de permiso Dir. HCU										
Entrevista con el portero										
Selección de participantes										
2ª Fase										
Entrevistas individuales										

Qué es la melatonina: cuándo y por qué tomarla

Cada vez dormimos peor. El ritmo de vida actual no nos da un respiro y eso, unido al uso excesivo de pantallas y a la ansiedad que tanto afecta a nuestra generación, hace que se vean más casos de insomnio que nunca. De hecho, la Sociedad Española de Neurología afirma que el 48% de la población española no tiene un sueño de calidad 😞.

Ante este panorama, **la melatonina se ha convertido en el suplemento de moda**, que lo peta no solo en las farmacias, sino también en los supermercados y, por supuesto, en las redes sociales. Se vende como una opción natural **para dormir más rápido y de forma más profunda**, pero ¿está la ciencia de acuerdo? ¿Qué es realmente la melatonina? ¿Es tan beneficiosa como la pintan?... Te lo contamos a continuación.

¿Qué es y cuáles son los beneficios de la melatonina?

La melatonina es una **hormona que nuestro cerebro produce de manera natural** para, sobre todo, regular el ciclo sueño-vigilia. Así, cuando cae la noche y el cerebro entiende que es momento de irse a dormir, segrega una buena dosis **que induce el sueño**. De hecho, también se la conoce como “hormona de la oscuridad” 😊.

El problema es que hoy en día **muchos de nuestros hábitos y circunstancias dificultan o interrumpen la producción** de melatonina, especialmente los que tienen que ver con el **exceso de luz**. Nos referimos, por ejemplo, a la alta contaminación lumínica de nuestras ciudades o al uso de pantallas justo antes de irnos a dormir. Lo ideal sería que, durante la hora previa a irnos a dormir, solo estuviéramos expuestos a luz tenue y mantuviéramos las persianas completamente cerradas.

En casos de insomnio provocados por estas causas, y en otros relacionados con el **estrés y la ansiedad**, los suplementos de melatonina pueden dar esa ayudita extra para conciliar el sueño, con todos los beneficios que esto trae consigo para la física y mental. Y, además, diversos estudios afirman que la melatonina tiene **antioxidantes, neuroprotectores y reguladores del sistema inmunitario**.





Echa un vistazo a los mejores accesorios baratos para tu cama

¿Cuándo tomar melatonina no está recomendado?

Pese a que algunas personas pueden beneficiarse del suplemento de melatonina, también este puede tener efectos secundarios y **no está recomendado para todo el mundo**. Por tanto, antes de empezar a consumirlo, te animamos a consultar a un profesional sanitario.

Por ejemplo, y aunque no es supercomún, no es raro que la melatonina produzca en algunas personas **dolor de cabeza, mareos, náuseas o somnolencia diurna**. Así, está contraindicada para personas que al día siguiente tengan que realizar actividades que requieran mucha concentración, como conducir o utilizar maquinaria peligrosa. Tampoco está recomendada durante la infancia más temprana o durante el embarazo, y si se toman determinados medicamentos. Lo dicho, coméntaselo a tu médico 😊.

Cómo tomar melatonina

Entre todo aquel que sí pueda tomar melatonina, **se recomienda consumirla unos minutos antes de ir a dormir**, ya que tarda más o menos ese tiempo en hacer efecto.

Y, entre tanta variedad de formatos (gominolas, comprimidos, líquidos...) y de opciones para elegir para problemas del sueño? Pues una con una **dosis de melatonina de 0,3 y 1 mg** en la presentación que te resulte más práctica, siempre y cuando sea un producto de calidad.

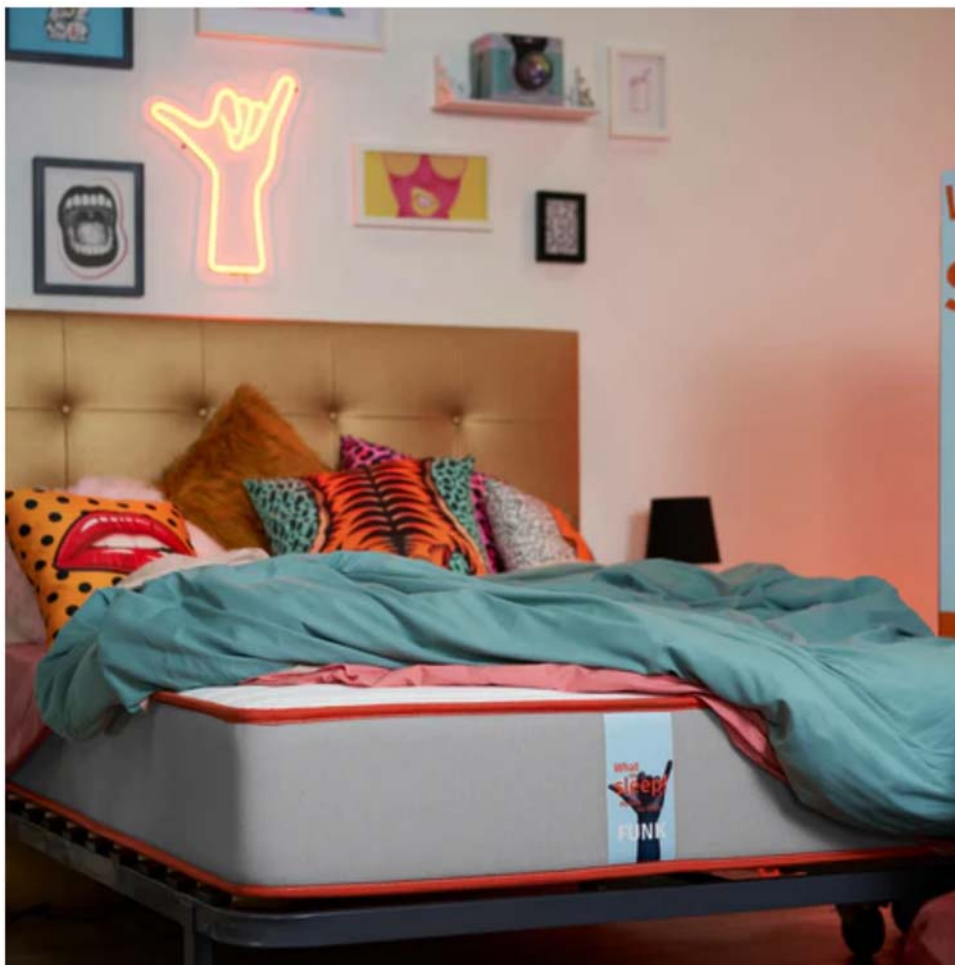
Por cuánto tiempo tomar melatonina



Por cuánto tiempo tomar melatonina

De acuerdo con los estudios científicos disponibles, **la melatonina no causa adicción** y no se han encontrado efectos secundarios preocupantes de su uso a corto plazo. De todas formas, **la mayoría de fabricantes no recomiendan su uso diario más allá de los 3 meses**. Por ello, te recomendamos que leas bien las indicaciones del envase de la melatonina que vayas a tomar y que las sigas, así como las que te haya dado tu médico.

Y recuerda que, al suplementarte con melatonina, estás ayudando a tu cerebro a conciliar el sueño, pero el origen de tu insomnio seguramente se encuentra en tu estilo de vida. Lo mejor es que trabajes en mejorarlo y en **implementar buenos hábitos de higiene del sueño**, para que consigas dormirte fácilmente de forma natural.



Descubre los mejores colchones para descansar bien a gusto

[Regresar al blog](#)

Esto puede interesarte

Suscríbete a nuestra Newsletter exclusiva



Relación entre bruxismo y dolor de cabeza crónico

📅 13 abril, 2023 📌 Bruxismo @ Dr. REDACCION



Según un estudio de la Sociedad Española de Neurología, el 13% de la población sufre bruxismo, siendo más común en mujeres y en personas con edades comprendidas entre los 20 y los 50 años.

Hoy en el blog de nuestra Clínica Dental Udaberri, *tu clínica de confianza en Getxo*, te explicamos la relación entre bruxismo y dolor de cabeza. ¡Muy atent@!

Contenidos: [\[ocultar\]](#)

- 1 ¿Qué es el bruxismo?
- 2 Bruxismo y dolor de cabeza crónico
- 3 Tratamiento para el bruxismo y dolor de cabeza crónico
- 4 Férulas de descarga para tratar el bruxismo
 - 4.1 Somos tu clínica dental en Getxo

¿Qué es el bruxismo?

El bruxismo es una afección que se caracteriza por apretar o rechinar los dientes de forma involuntaria, generalmente durante el sueño, aunque también puede ocurrir durante el día, en situaciones de estrés o ansiedad.

El bruxismo puede ser leve o grave, y sus síntomas pueden variar desde dolor de cabeza, mandíbula, oído o dientes, hasta desgaste en los dientes, sensibilidad dental y trastornos del sueño.

A largo plazo, el bruxismo puede dañar la salud dental y provocar complicaciones en las articulaciones de la mandíbula.

Bruxismo y dolor de cabeza crónico

El **dolor de cabeza crónico** es un tipo de dolor que se produce con frecuencia, al menos 15 días al mes, y que puede ser muy incapacitante para las personas que lo padecen. Aunque hay muchas causas diferentes que pueden provocarlo, el bruxismo es una de ellas.

Cuando se aprietan o rechinan los dientes, se produce una gran cantidad de tensión en los músculos de la mandíbula, lo que puede extenderse a otras partes del cuerpo, como el cuello y la cabeza.

Esta tensión puede provocar dolor de cabeza crónico, especialmente si se produce de forma regular durante largos períodos de tiempo.

Es importante destacar que el dolor de cabeza crónico provocado por el bruxismo puede ser muy difícil de tratar si no se aborda la causa subyacente.

Muchas personas que padecen dolor de cabeza crónico buscan alivio a través de analgésicos, pero estos solo alivian los síntomas y no abordan la causa del problema.

Por eso, es esencial que las personas que padecen bruxismo y dolor de cabeza crónico acudan a un especialista para recibir tratamiento.

En Clínica Dental Udaberri en Getxo, contamos con un equipo de profesionales altamente cualificados que te ayudarán si padeces bruxismo y dolor de cabeza crónico.

[Tratamiento para el bruxismo y dolor de cabeza crónico](#)

El tratamiento para el bruxismo y el dolor de cabeza crónico puede incluir terapia de relajación, fisioterapia, medicamentos y, por supuesto, el uso de férulas de descarga.

En algunos casos, puede ser necesaria una combinación de estos tratamientos para lograr el mejor resultado.

[Férulas de descarga para tratar el bruxismo](#)

Las férulas de descarga son dispositivos de protección que se ajustan a los dientes superiores o inferiores, y que ayudan a reducir la tensión muscular en la mandíbula durante la noche, evitando así el rechinar y apretamiento de los dientes.

Las férulas de descarga están hechas de materiales seguros y se fabrican a la medida de cada paciente. Son cómodas de usar y no interfieren con el sueño. Además, protegen los dientes del desgaste y del daño que puede causar el bruxismo a largo plazo.

Es importante destacar que las férulas de descarga no tratan la causa subyacente del bruxismo, sino que ayudan a reducir los síntomas y prevenir el daño dental.

Por esta razón, es recomendable consultar con un especialista para abordar la causa del bruxismo y recibir el tratamiento adecuado.

Somos tu clínica dental en Getxo

Si estás experimentando bruxismo y dolor de cabeza crónico y sospechas que podría estar relacionado con el bruxismo, es importante que busques tratamiento lo antes posible para identificar la raíz del problema y establecer cuál es el tratamiento que requieres.

En la Clínica Dental Udaberri en Getxo estaremos encantados de ayudarte a encontrar una solución efectiva y duradera para tu dolor de cabeza crónico.

Contamos con un equipo de profesionales altamente cualificado y con años de experiencia que siempre te ofrecerá explicaciones sencillas y tratamientos dentales de calidad. Además contamos con el **Certificado de Calidad DentalQuality®** que acredita nuestra excelencia odontológica.

Nos encontrarás en Udaberri 12 (entrada por los Chopos Etorbidea).

Contáctanos en el teléfono 944 30 25 87 o vía e-mail info@clinica-udaberri.com

¡Te esperamos!